



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΑΝΑ ΤΑ
ΤΡΙΜΗΝΑ, Η ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ-ΑΜ:
ΖΙΑΚΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ-ΜΑ01438
ΚΟΣΚΙΝΙΩΤΗ ΧΡΥΣΗ-ΜΑ01512
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ-ΜΑ01529
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΕΣΚΙΤΖΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Πτολεμαΐδα, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



THESIS:
**«HEALTHY LIFESTYLE DURING
PREGNANCY AND LACTATION»**

STUDENTS-RN:
ZIACA PANAGIOTA MA01438
KOSKINIOTI CHRYSI-MA01512
GIANNOPOULOU AGGELIKI-MA01529
SUPERVISOR:
ESKITZIS PANAGIOTIS

PTOLEMAIDA, 2022

Δήλωση περί μη λογοκλοπής

Δηλώνω ότι είμαι ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας με τίτλο «Η ψυχολογία της εγκύου ανά τα τρίμηνα, η άσκηση και η διατροφή κατά την κύηση και την λοχεία» που συντάχθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και παραδόθηκε το μήνα Οκτώμβρη του 2022. Η αναφερόμενη εργασία δεν αποτελεί αντιγραφή ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται σαφώς στη βιβλιογραφία και στο κείμενο ενώ κάθε εξωτερική βοήθεια, αν υπήρξε, αναγνωρίζεται ρητά.

Όνομα (κεφαλαία)

ΑΜ

Υπογραφή:

ΖΙΑΚΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΜΑ01438

ΚΟΣΚΙΝΙΩΤΗ ΧΡΥΣΗ

ΜΑ01512

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑ01529

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :10/10/2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ανάδειξη των συνηθειών των εγκύων σήμερα, δίνοντας έμφαση σε πτυχές της ψυχολογικής τους κατάστασης καθώς και εξετάζοντας την στήριξη που προσλαμβάνουν από το περιβάλλον τους. Ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν τον τρόπο που θα βιώσει μια γυναίκα αυτή την φάση της ζωής της

Μεθοδολογία: Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 34 ερωτήσεων, το οποίο συμπληρώθηκε από 147 γυναίκες που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη κατά την συμπλήρωση αυτού. Οι αρχικές ερωτήσεις αφορούν γενικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το τρίμηνο εγκυμοσύνης, αν είναι η πρώτη φορά κύησης κλπ. Έπειτα υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν τις συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η άθληση. Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας δημιουργήθηκαν ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη, την στήριξη από τον σύζυγο, την στήριξη από την οικογένεια, τον φόβο για τον τοκετό και την ποιότητα ύπνου που απολαμβάνει μια γυναίκα κατά την κύηση.

Αποτελέσματα & Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες ηλικίας 25-35 ετών, οι οποίες βρίσκονταν στην πρώτη κύηση, με το 80% αυτών να μην καπνίζει, το 88.44% να μην καταναλώνει αλκοόλ και το 35.37% να αθλείται. Από τις γυναίκες που αθλούνταν, οι περισσότερες έδειξαν προτίμηση στο περπάτημα, ενώ είχαν προηγουμένως ενημερωθεί για τα οφέλη και τους κινδύνους του συγκεκριμένου είδους άσκησης. Όσον αφορά τη ψυχολογική κατάσταση των γυναικών, οι περισσότερες ένιωσαν μερικές φορές αδυναμία στο να ελέγξουν τα σημαντικά στη ζωή τους πράγματα, ενώ αντίθετα ένιωθαν σίγουρες στο ότι μπορούν να διαχειριστούν τα προσωπικά τους προβλήματα, δηλαδή ότι μπορούσαν να διαχειριστούν τις δυσκολίες που εμφανίζονταν σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους. Οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν απόλυτα ότι η οικογένεια ή φίλοι και ο σύζυγος τους στηρίζουν με ψυχολογική βοήθεια και αν χρειαστεί οικονομική. Ο μεγαλύτερος φόβος που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν αφορούσε το αν θα έχουν δυσκολία ή επιπλοκές κατά τον τοκετό και τη παραλαβή του μωρού, ενώ παρουσιάστηκε και μικρός φόβος για το αν το μωρό θα επιβιώσει κατά τη διάρκεια της γέννας. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι άνω των μισών γυναικών εμφάνισαν δυσκολίες με τον ύπνο.

ABSTRACT

Purpose: Highlighting the habits of pregnant women today, emphasizing aspects of their psychological state as well as examining the support they receive from their environment. Highlighting the factors that influence the way a woman will experience this phase of her life

Methodology: For the needs of this research, a questionnaire of 34 questions was used, which was completed by 147 women who were pregnant at the time of completing it. The initial questions concern general characteristics such as age, trimester of pregnancy, whether it is the first time pregnant, etc. Then there are questions concerning habits during pregnancy, such as smoking, alcohol and exercise. To achieve the purpose of the research, questions were created regarding the psychological state during pregnancy, support from the husband, support from the family, fear of childbirth and the quality of sleep enjoyed by a woman during pregnancy.

Results & Conclusions: The majority of the sample consisted of women aged 25-35 years, who were in their first pregnancy, with 80% of them not smoking, 88.44% not consuming alcohol and 35.37% exercising. Of the women who exercised, most showed a preference for walking, while they had previously been informed about the benefits and risks of this specific type of exercise. Regarding the psychological state of the women, most of them sometimes felt powerless to control the important things in their lives, while on the contrary they felt confident that they could manage their personal problems, that is, that they could manage the difficulties that appeared in this period of their lives. Most women completely agree that family or friends and husband support them with psychological help and if needed financial help. The biggest fear they were asked to face was whether they would have difficulty or complications during the delivery and delivery of the baby, while there was also a small fear of whether the baby would survive the birth. It is important to mention that more than half of the women experienced difficulties with sleep.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΑΝΑ ΤΡΙΜΗΝΟ.....	11
1.1 Ψυχολογία της εγκύου στο α' τρίμηνο	11
1.2 Ψυχολογία της εγκύου στο β' τρίμηνο	11
1.3 Ψυχολογία της εγκύου στο γ' τρίμηνο	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	13
2.1 Ο ρόλος του πατέρα και της οικογένειας.....	13
2.2 Εκτός γάμου μητρότητα.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ	18
3.1 Κατάθλιψη.....	18
3.2 Άγχος	20
3.3 Διαταραχή της Ποιότητας Ύπνου.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	28
4.1 Αλκοόλ	28
4.2 Κάπνισμα	29
4.3 Σωματική Άσκηση.....	33
4.4 Πρόσληψη Βάρους.....	35
Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	38
5.1 Σκοπός	38
5.2 Μεθοδολογία Έρευνας.....	38

5.3 Δείγμα της Έρευνας	39
5.4 Διαδικασία που ακολουθήθηκε.....	40
5.5 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	42
6.1 Περιγραφική Στατιστική	42
6.1.1 Ομάδα 1: Γενικά Χαρακτηριστικά.....	42
6.1.2 Ομάδα 2: Συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη.....	45
6.1.3 Ομάδα 3: Ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη.	50
6.1.4 Ομάδα 4: Στήριξη από οικογένεια και φίλους	54
6.1.6 Ομάδα 6: Ψυχολογική κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη.....	62
6.1.7 Ομάδα 7: Φόβος και ανησυχία για την υγεία και τον τοκετό	64
6.1.8 Ομάδα 8: Ύπνος	68
6.2 Επαγωγική Στατιστική.....	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	96

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκυμοσύνη αλλάζει την ψυχολογία της γυναίκας καθώς και την κοινωνική της θέση, πέρα από τις σωματικές και φυσιολογικές αλλαγές που επιφέρει. Η πρώτη εγκυμοσύνη κάθε γυναίκας, ειδικότερα, είναι μια εξαιρετικά ισχυρή ψυχολογική εμπειρία. Όταν μια γυναίκα μένει έγκυος για πρώτη φορά, πρέπει να προσαρμοστεί σε μια νέα κατάσταση και να εισέλθει σε ένα στάδιο της ζωής που είναι κρίσιμο τόσο για το αγέννητο παιδί όσο και για την ίδια τη γυναίκα (όσον αφορά την ανάπτυξή της ως μητέρα). Η εγκυμοσύνη και η εκ νέου μητρότητα επιτρέπουν την ικανοποίηση τόσο των κατώτερων φιλοδοξιών όσο και των ενστικτωδών επιθυμιών. Η εγκυμοσύνη πρέπει να θεωρηθεί ως ένα περίπλοκο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, στο οποίο ψυχολογικές αλλαγές και αλλοιωμένες κοινωνικές συνδέσεις συνυπάρχουν με σωματικές αλλαγές¹

Η φυσική θηλυκότητα μιας γυναίκας αντιμετωπίζεται ξεκάθαρα σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που επηρεάζει το πώς βλέπει τον εαυτό της. Έχει επίσης μια σειρά από ευδιάκριτες ανησυχίες για την πορεία και το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης. Αυτό την κάνει ιδιαίτερα ευάλωτη επειδή η προσωπικότητα, ο τρόπος ζωής και η θέση της μέσα στην κοινωνία εξαρτώνται από την ικανότητά της για προσαρμογή.

Αυτές οι αλλαγές στην ψυχολογία μιας εγκύου προκαλούνται από την εκπλήρωση ναρκισσιστικών απαιτήσεων, την επανάληψη των πρώιμων αναπτυξιακών συγκρούσεων, τις οπισθοδρομικές τάσεις και το άγχος. Επομένως, η εγκυμοσύνη θεωρείται ως μια ενστικτώδης διαδικασία που μιμείται τη βρεφική σεξουαλικότητα. Λόγω της προσκόλλησης του εμβρύου στη μήτρα, το πρώτο τρίμηνο κυριαρχείται από το στόμα, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα τη λαχτάρα για φαγητό, τη ναυτία και τον έμετο. Αντίθετα, το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όταν αρχίζουν να κυριαρχούν οι τάσεις του πρωκτού και το έμβρυο αρχίζει να δείχνει περισσότερη προσωποποίηση, είναι όταν υπάρχει αυξημένος διαχωρισμός. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, το τρίτο τρίμηνο χαρακτηρίζεται από φαλλικό-επιθετική λαχτάρα που συνδέεται με προβλήματα ουρήθρας και την έντονη ανησυχία της γυναίκας ότι αυτή ή το έμβρυο μπορεί να μην επιβιώσει ^[2].

Η παλινδρόμηση του εγώ επηρεάζει ουσιαστικά την οπτική της γυναίκας για την πραγματικότητα και οδηγεί σε παράλογες σκέψεις και ανησυχίες ως αποτέλεσμα της μαγικής σκέψης που συνδέεται με την αρχέγονη διαδικασία. Όταν ένα άτομο πιστεύει

ότι οι ιδέες, τα λόγια ή οι πράξεις του μπορεί με κάποιο τρόπο να δημιουργήσουν ή να αποφύγουν ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα με τρόπο που αψηφά τους κανονικούς νόμους της αιτίας και του αποτελέσματος, λέγεται ότι εμπλέκεται σε μαγική σκέψη. Επιπλέον, οι αυξημένες συναισθηματικές διακυμάνσεις αυτής της κατάστασης μπορεί να οδηγήσουν σε νευρικές τάσεις και ιδεοψυχαναγκαστικές και φοβικές εμμονές^[3].

Η «Μήδεια φαντασίωση» λέγεται ότι είναι το αποτέλεσμα μιας συρροής κοινών φυσιολογικών φαντασιώσεων, καταπιεσμένων αναμνήσεων τραυματικών σχέσεων και πρώιμων, βρεφικών σεξουαλικών φαντασιώσεων. Ασυνείδητη αντίληψη ότι η σεξουαλική επιθυμία συνεπάγεται την πιθανότητα υπαρξιακής εξάρτησης και πιθανής εγκατάλειψης της σχέσης. Οι γυναίκες που βιώνουν αυτό το σενάριο είναι σίγουρες ότι δεν θα μπορούσαν να το χειριστούν και αντιδρούν με βίαιες καταστροφικές παρορμήσεις, θέτοντας τη ζωή τους, τη ζωή αυτών που αγαπούν και τα παιδιά τους σε κίνδυνο. Νιώθουν αναγκασμένοι να παραιτηθούν από κάθε δημιουργική έκφραση της θηλυκότητάς τους και ακόμη και να «θανατωθούν» συμβολικά ^[4].

Μερικές γυναίκες έχουν την τάση να βλέπουν την επικείμενη εγκυμοσύνη και τη γονεϊκότητα ως σκοπό της ζωής τους. Σύμφωνα με την Helen Deutsch, όταν το ψυχολογικό σύστημα είναι ενεργό και εκτονώνει την ένταση, το αποτέλεσμα είναι οργανικά εμπόδια. Ο έμετος έχει «την τάση να εκκενώνει το έμβρυο από τη μήτρα», ενώ η υπερκατανάλωση τροφής έχει «την τάση να συγκρατεί το έμβρυο» και η ναυτία είναι μια εκδήλωση όλων των δυσμενών συναισθημάτων που έχουν συσσωρευτεί με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με την Deutsch, η πρώτη εγκυμοσύνη είναι ένα μεταβατικό στάδιο, καθώς προκαλεί συναισθηματική αμφιθυμία λόγω της επιθυμίας να γίνει μητέρα αφενός και της πραγματικότητας ότι ένα αγέννητο παιδί αποτελεί εμπόδιο στην ικανότητα κάποιου να ζήσει μια ανεξάρτητη ζωή, αφετέρου ^[5].

Αλλαγές στο συναίσθημα, την ψυχολογία και τη γνώση συμβαίνουν κατά τη διάρκεια κάθε εγκυμοσύνης. Γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές παρατηρήθηκαν ταυτόχρονα, σύμφωνα με τους Buckwalter et al. (2001). Ενδέχεται να υπάρξουν κάποιες συναισθηματικές αλλαγές και μια έκπτωση στη λεκτική μαθησιακή λειτουργία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της παρατεταμένης περιόδου μετά τον τοκετό. Η εγκυμοσύνη έχει σημαντικό αντίκτυπο στο πώς αισθάνονται οι περισσότερες γυναίκες για τον εαυτό τους, τον κόσμο γύρω τους και το μέλλον τους. Κάθε εγκυμοσύνη επιβάλλει απαιτήσεις στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης

προσαρμογής σε ορμονικές και σωματικές αλλαγές καθώς και την ανάγκη αντιμετώπισης συγκεκριμένων ειδικών ανησυχιών που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Ωστόσο, ο πολιτισμός έχει σημαντικό αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στην εγκυμοσύνη. Η Margaret Mead ειδικότερα ήταν μεταξύ των πρωτοπόρων που έγραψε για τον πολιτισμικό ντετερμινισμό των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, επειδή η πλειοψηφία των γυναικών παίζουν ρόλους που επηρεάζονται από τον πολιτισμό. Οι προσωπικές πεποιθήσεις και σκέψεις της μέλλουσας μητέρας για την εγκυμοσύνη ως μια φυσιολογική πτυχή της ζωής της και όχι ως μια προσωρινή «κατάσταση ασθένειας» είναι επίσης πολύ σημαντικές.

Η εγκυμοσύνη θεωρείται ψυχολογική δυσκολία από πολλούς συγγραφείς. Οι διακυμάνσεις της διάθεσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνές και μπορεί να κυμαίνονται από ενθουσιασμό έως αγαλλίαση. Η εγκυμοσύνη συνοδεύεται επίσης με πολύ άγχος και τα συμπτώματα χειροτερεύουν, ειδικά στο τρίτο τρίμηνο. Επομένως, η εγκυμοσύνη μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση κατά την οποία επιβαρύνονται τόσο το σώμα όσο και η ψυχή, κατά την οποία οι ψυχικές εντάσεις εναλλάσσονται μεταξύ ανακούφισης και διατήρησης. Ο φόβος της απώλειας της ταυτότητάς του, τα αισθήματα αβεβαιότητας και μοναξιάς, ο φόβος της απώλειας του παιδιού ή η ίδια η γέννηση συμβάλλουν στην ένταση, είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα. Οι μέλλουσες μητέρες εξακολουθούν να βιώνουν τον έμφυτο φόβο του θανάτου κατά τη διάρκεια του τοκετού στις μέρες μας. Η τοκοφοβία αναφέρεται σε μια αποστροφή για την εγκυμοσύνη που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση που προκαλεί φόβο. Η δευτερογενής τοκοφοβία είναι αποτέλεσμα τραυματικής γέννας, ενώ η πρωτοπαθής τοκοφοβία έχει τις ρίζες της στην εφηβεία ^[6].

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΑΝΑ ΤΡΙΜΗΝΟ

1.1 Ψυχολογία της εγκύου στο α' τρίμηνο

Μπορεί να υπάρχουν συναισθηματικές εναλλαγές κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μεταξύ των καλών συναισθημάτων (όπως ενθουσιασμός, ευτυχίας και χαράς) και πιο νηφάλιων (όπως δυσπιστία, προσμονή, ανησυχία και δακρύρροια).

Αυτό βασίζεται σε μια σειρά στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης (έμετος, ναυτία, παλινδρόμηση), εάν η εγκυμοσύνη ήταν σκόπιμη ή απρογραμματίστη, η οικονομική κατάσταση της γυναίκας, η υποστήριξη της οικογένειάς της, τυχόν περιορισμοί στον τρόπο ζωής και η αίσθηση μειωμένης ανεξαρτησίας της ^[7].

1.2 Ψυχολογία της εγκύου στο β' τρίμηνο

Αν και οι εναλλαγές της διάθεσης επιμένουν ακόμη και στο δεύτερο τρίμηνο, τα δυσμενή συναισθήματα μπορεί περιστασιακά να μειώνονται. Αυτό συμβαίνει επειδή η έγκυος αντιμετωπίζει λιγότερες ναυτίες και εμετούς, έχει μεγαλύτερη και καλύτερη ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές και έχει βοήθεια από επαγγελματίες γιατρούς για μια πιο υγιή εγκυμοσύνη.

Σύμφωνα με έρευνες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης, είναι λιγότερο συχνά στο δεύτερο τρίμηνο (σε σύγκριση με το πρώτο και το τρίτο τρίμηνο) ^[7].

1.3 Ψυχολογία της εγκύου στο γ' τρίμηνο

Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να επανεμφανιστούν πιο συχνά. Αυτό μπορεί να προκληθεί από αυξανόμενη δυσφορία (όπως πόνος στην πλάτη ή την οσφυϊκή χώρα), αϋπνία ή κούραση. Η εγκυμονούσα

ξεκινάει να προετοιμάζεται ψυχικά και σωματικά για τον τοκετό σε όλο το τρίτο τρίμηνο. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, υπάρχει ανυπομονησία για την απόκτηση του παιδιού με παράλληλη αύξηση του άγχους και της ανησυχίας περί της έκβασης του τοκετού. Η διάθεσή μπορεί να επιδεινωθεί ως αποτέλεσμα του αυξημένου σωματικού πόνου στην πλάτη, τον αυχένα και τα πόδια. Η απογοήτευση πιθανώς ολοένα και περισσότερο να μεγαλώνει καθώς αυξάνεται η ταλαιπωρία σας. Η διατήρηση της ψυχραιμίας σας είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί το μωρό μπορεί να επηρεαστεί από όλες αυτές τις συναισθηματικές αλλαγές. Επίσης, υπάρχουν έντονα θετικά συναισθήματα καθώς το μωρό αρχίζει να αποκτά τη δική του ταυτότητα σε όλο αυτό το τρίμηνο. Ο σύντροφος και η οικογένειά μπορεί να χρειαστεί να δώσουν περισσότερη προσοχή στην έγκυο στο τρίτο τρίμηνο^[7].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

2.1 Ο ρόλος του πατέρα και της οικογένειας

Τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και μετά τη γέννηση, η έρευνα έχει δείξει ότι η συμμετοχή του πατέρα είναι απαραίτητη για τα βρέφη. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι πατέρες πρέπει να είναι προσιτοί και να συμμετέχουν. Θα πρέπει επίσης να αρχίσουν να βοηθούν τη μητέρα για να δείξουν ότι είναι υπεύθυνοι για το αγέννητο παιδί. Η σχέση μεταξύ των δύο γονέων είναι υψίστης σημασίας και επηρεάζει το επίπεδο εμπλοκής γιατί η μητέρα είναι η μόνη που εμπλέκεται άμεσα στην ανάπτυξη του παιδιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ η οικονομική ικανότητα του πατέρα είναι κρίσιμη κατά τη μεταγεννητική φάση, φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η συναισθηματική και σωματική βοήθεια έχει μεγαλύτερη προτεραιότητα από τη χρηματική βοήθεια. Με τον ίδιο τρόπο που οι πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της συμμετοχής του πατέρα πρέπει να στοχεύουν στην αντιμετώπιση παραγόντων σχέσης μεταξύ των γονέων ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση, τα μέσα για την αξιολόγηση της συμμετοχής του πατέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα μέτρο της γονικής σχέσης^[8].

Έχει αποδειχθεί ότι τα αποτελέσματα της μητέρας και του νεογνού επηρεάζονται από τον πατέρα του μωρού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες που εμπλέκονταν με τον πατέρα του μωρού τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν προγεννητική φροντίδα στο πρώτο τρίμηνο, να έχουν περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις, να παρακολουθούν προγεννητικά μαθήματα, να κόβουν το κάπνισμα, να έχουν λιγότερα πρόωρα και χαμηλού βάρους μωρά, να έχουν επαφή δέρμα με δέρμα με τα νεογέννητα αμέσως, να θηλάζουν και βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης^[9].

Σε μια μελέτη που περιελάμβανε ομάδες ανδρών και γυναικών, οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι το κύριο πλεονέκτημα της συμμετοχής του πατέρα του μωρού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναφέρθηκε ως η μείωση των επιπέδων του μητρικού στρες. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ της εμπλοκής του πατέρα

του μωρού και των συμπτωμάτων της προγεννητικής κατάθλιψης ή της ψυχολογικής υγείας είναι σπάνια ^[10] .

Λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης σχετίζονται με την εμπλοκή του πατέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με περιορισμένα δεδομένα. Για τις γυναίκες που «συνεργάστηκαν» με τον πατέρα του μωρού σε ένα δείγμα αφροαμερικανών χαμηλού εισοδήματος, η υποστήριξη του πατέρα του μωρού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέθηκε με χαμηλότερα επίπεδα προγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, η υποστήριξη του πατέρα του μωρού δεν συνδέθηκε με συμπτώματα κατάθλιψης για γυναίκες που δεν είχαν καμία σχέση με τον πατέρα του μωρού ^[11]. Τα επίπεδα των προγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερα σε εγκύους χαμηλού εισοδήματος που δεν είχαν σχέση με τον πατέρα του μωρού, σύμφωνα με άλλες μελέτες ^[12] . Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, σε δείγματα χαμηλού εισοδήματος, κυρίως εφήβων μειονοτήτων, η δέσμευση του πατέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με μειωμένα επίπεδα επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά όχι με προγεννητικά συμπτώματα κατάθλιψης ^[13]. Ενώ αυτές οι έρευνες αυξάνουν την πιθανότητα ότι η πατρική εμπλοκή επηρεάζει τα συμπτώματα της προγεννητικής κατάθλιψης και την ψυχολογική υγεία, τα συνολικά αποτελέσματα είναι μικτά.

Η ισχυρή κοινωνική υποστήριξη από τις οικογένειες φαίνεται να προστατεύει τις έγκυες γυναίκες από απότομες αιχμές μιας συγκεκριμένης ορμόνης του στρες, μειώνοντας την πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη.

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τα ισχυρά στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής βοήθειας στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των κοινοτήτων. Από αυτή την άποψη, οι γυναίκες, που αποτελούν σχεδόν το ήμισυ του πληθυσμού της κοινωνίας, βρίσκονται στο επίκεντρο. Η εγκυμοσύνη αναφέρεται συχνά ως πραγματική «καταστροφή», καθώς προκαλεί ένα τόσο ευρύ φάσμα διαταραχών στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένης της εμμηναρχής, της εγκυμοσύνης, της γαλουχίας και της εμμηνόπαυσης.

Οι μέλλουσες μαμάδες υφίστανται φυσιολογικές και ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά επίσης περιβάλλονται ψυχολογικά από την ιδέα ότι μπορεί να μην είναι σε θέση να χειριστούν τις επικείμενες νέες συνθήκες. Έχουν λοιπόν

τεράστια ανάγκη για κοινωνική βοήθεια που θα τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τη δειλία τους. Οι έγκυες γυναίκες που επωφελήθηκαν από τη συναισθηματική υποστήριξη του συντρόφου τους, της οικογένειάς τους, ακόμη και των κοινωνικών δικτύων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολίες μετά τον τοκετό, όπως έχει τεκμηριωθεί καλά.

Για παράδειγμα, οι έγκυες γυναίκες με καλή υποστήριξη θα αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και δυσφορία λιγότερο συχνά, γεγονός που θα είχε ως αποτέλεσμα πολύ λιγότερους πρόωρους τοκετούς^[14].

Επιπλέον, μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς θα περάσει από επιλόχειο κατάθλιψη, κάτι που μπορεί να είναι καταστροφικό για τις οικογένειες. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι ο επιπολασμός των στοματικών σχισμών στα νεογέννητα συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη μείωση της κοινωνικής υποστήριξης της κοινότητας, ελέγχοντας άλλα χαρακτηριστικά^[14].

Η ιδέα ότι η λιγότερο αποτελεσματική κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερα επίπεδα έκκρισης κορτιζόλης και, ως αποτέλεσμα, αυξημένη βιολογική ευαισθησία στην ψυχολογική δυσφορία, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να την εξηγήσει. Αυτό μπορεί να εκθέσει το έμβρυο στις βλαβερές συνέπειες της κορτιζόλης^[14].

Ο κρίσιμος αντίκτυπος που έχει η μητρική υποστήριξη τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των μητέρων και των αγέννητων παιδιών τους, ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία μετά τον τοκετό, υποστηρίζει την ιδέα ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στη συναισθηματική υποστήριξη των εγκύων μητέρων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη φιλοξενία συνεδριών εκπαίδευσης γονέων για τους μέλλοντες γονείς, οι οποίες θα οδηγούσαν σε αισθητά βελτιωμένη επικοινωνία μεταξύ των ζευγαριών. Επομένως, η μητέρα θα κέρδιζε από την πρακτική βοήθεια του συζύγου της, όπως τα καθήκοντα φροντίδας του παιδιού του, καθώς και τη συναισθηματική του υποστήριξη^[14].

Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να ενημερώνουν το κοινό σχετικά με τη σημασία της οικογενειακής υποστήριξης για τη μείωση των προβλημάτων μετά τον τοκετό, ιδίως εκείνων που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές.

2.2 Εκτός γάμου μητρότητα

Από κοινωνιολογική και ψυχολογική σκοπιά, υπάρχουν αρκετά συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν σχετικά με της εκτός γάμου εγκυμοσύνης και μητρότητας.

Πρώτον, αν και συνδέονται και με τις δύο αυτές θεματολογικές σκοπιές, ή ακόμη και με συνδυασμό των δύο, οι αιτίες της εκτός γάμου εγκυμοσύνης δεν μπορούν να περιοριστούν μόνο σε αυτές τις δύο. Οι ανύπαντρες μητέρες δεν είναι αναμφισβήτητα προϊόν χαμηλής νοημοσύνης, δυσλειτουργικών οικογενειών, γεωγραφικής κινητικότητας ή επίμονων ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών ζητημάτων. Ένα κατηγορηματικό συμπέρασμα είναι αδύνατο να συναχθεί λόγω της ποικιλίας των πιθανών λόγων. Ωστόσο, η πρόωμη ψυχολογική ανάπτυξη του θηλυκού είναι εκεί που συνήθως βρίσκεται η αιτία για την ανύπαντρη μητρότητα. Οι στενές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του κοριτσιού, ιδιαίτερα αυτές με τους γονείς του, έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξή του^[15].

Δεύτερον, οι ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην άγαμη εγκυμοσύνη δεν χρειάζεται να σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους. Αντίθετα, τα κίνητρα μπορεί να προκύψουν από ακατάλληλη ή διαταραγμένη ανάπτυξη της προσωπικότητας που συμβαίνει φυσικά. Η πιθανότητα να γίνει μία γυναίκα ανύπαντρη μητέρα μπορεί να επηρεαστεί από ένα ψυχολογικό περιβάλλον που ενθαρρύνει την παράνομη σεξουαλική συμπεριφορά ως ένδειξη ψυχολογικής κανονικότητας ή λογικής και από την απεικόνιση της άγαμης μητρότητας ως θεραπεία για όλες τις ψυχολογικές ασθένειες.

Τρίτον, η εμφάνιση μιας εγκυμοσύνης εκτός γάμου επιδεινώνει συχνά τις ψυχολογικές διαταραχές της ανύπαντρης μητέρας και μπορεί να προστεθούν επιπλέον συναισθηματικά ζητήματα στα υπάρχοντα. Τέταρτον, έως ότου η κοινωνία το κάνει πρόβλημα καταδικάζοντάς το, το να είσαι ανύπαντρη μητέρα δεν είναι πρόβλημα αλλά μόνο σύμπτωμα ενός βαθύτερου ψυχολογικού ζητήματος με τις γυναίκες.

Ο τρόπος με τον οποίο η κοινωνία βλέπει συχνά τις ανύπαντρες μητέρες τις καθιστά δύσκολο να συνδεθούν με κάποιον που μπορεί να τις βοηθήσει, γεγονός που παρατείνει το πρόβλημα αντί να το λύνει καθιστώντας απίθανη την πιθανότητα θεραπείας. Τέλος, έχει σημειωθεί ότι οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες είναι αναπόσπαστα

μέρη του προβλήματος των ανύπαντρων μητέρων, και η μεγαλύτερη κατανόησή τους θα βοηθήσει στη λύση του προβλήματος της εκτός γάμου μητρότητας^[15].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΕΚΓΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

3.1 Κατάθλιψη

Έως και το 10% των εγκύων γυναικών βιώνουν κατάθλιψη, με ποσοστά μεγαλύτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και μόνο οριακά χαμηλότερα από ό,τι κατά την περίοδο μετά τον τοκετό^[16]. Ωστόσο, μόλις το 20% των εγκύων με κατάθλιψη λαμβάνουν τη σωστή φροντίδα.^[17] Αυτό είναι ανησυχητικό γιατί η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, τις σχέσεις και την αίσθηση ευεξίας μιας γυναίκας. Η κατάθλιψη που είτε δεν αντιμετωπίζεται είτε θεραπεύεται μόνο μερικώς, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στους απογόνους των γυναικών αυτών. Οι δείκτες νοσηρότητας των νεογνών, όπως ο πρόωρος τοκετός, τα συναισθηματικά προβλήματα στην παιδική ηλικία, τα προβλήματα συμπεριφοράς και, σε ορισμένες μελέτες, η καθυστερημένη γνωστική ανάπτυξη, είναι σε άνοδο, σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις.^[18]

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου για επιλόχειο κατάθλιψη, ο οποίος έχει συνδεθεί με αναπτυξιακά προβλήματα στα παιδιά, είναι η προγεννητική κατάθλιψη. Η αυτοκτονία, η κύρια αιτία μητρικού θανάτου, μπορεί να προέλθει από σοβαρή κατάθλιψη. Η έλλειψη ενεργού θεραπείας έχει συνδεθεί επίσης με περιγεννητικές αυτοκτονίες. Το στίγμα, η έλλειψη επαγγελματικής κατάρτισης για την προγεννητική ψυχική υγεία και η περιορισμένη πρόσβαση στην προτιμώμενη ψυχολογική θεραπεία βασισμένη σε τεκμήρια των ασθενών είναι μεταξύ των 10 φραγμών θεραπείας.^[19] Οι γυναίκες ισχυρίζονται ότι οι ασυνεπείς πληροφορίες σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από επαγγελματικές και μη επαγγελματικές πηγές καθιστούν δύσκολη την επιλογή και θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε χαμηλότερη πρόσληψη φαρμάκων^[19].

Μια επίμονα πεσμένη διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες για τουλάχιστον δύο εβδομάδες είναι τα κύρια χαρακτηριστικά ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Αυτή η αντοχή των συμπτωμάτων βοηθά στον διαχωρισμό της κατάθλιψης από τις παροδικές αντιδράσεις στο άγχος ή τη θλίψη. Δεν υπάρχει προγεννητικός προσδιοριστής για την κατάθλιψη στο κεφάλαιο ICD-10 (διεθνής

ταξινόμηση ασθενειών, 10η έκδοση) για τις διαταραχές της διάθεσης. Ωστόσο, οι καταστάσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν τον δικό τους κωδικό ταξινόμησης (έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό). Αντίθετα, το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) περιλαμβάνει τον προσδιορισμό "με περιγεννητική έναρξη" για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που ξεκινούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό ^[20].

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ευεξίας και Αριστείας Φροντίδας συμβουλεύει όλους τους ιατρούς να μιλούν σε έγκυες γυναίκες για τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία σε κάθε ευκαιρία. Η λίστα του NICE με τα αποδεκτά όργανα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

I. μια οθόνη με τις εξής δύο ερωτήσεις:

- "Τον τελευταίο μήνα, νιώσατε συχνά ζοφερή, κατάθλιψη ή απελπισία;"
- "Τον τελευταίο μήνα, σας ανησυχεί συχνά η έλλειψη ενδιαφέροντος ή η απόλαυση από την ανάληψη δραστηριοτήτων;" ^[21]

II. Η κλίμακα μεταγεννητικής κατάθλιψης του Εδιμβούργου 10 ερωτήσεων, όπου οι εκτιμήσεις για την ευαισθησία και την ειδικότητα κυμαίνονταν μεταξύ 64% και 100% και 73% και 100%, αντίστοιχα, σε μια πρόσφατη αξιολόγηση μελετών επικύρωσης για την προγεννητική κατάθλιψη ^[22].

Όποια και αν είναι η μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου, μια κλινική διαγνωστική συνέντευξη είναι απαραίτητη για να επιβεβαιωθεί η κατάθλιψη και να βρεθούν συνυπάρχοντα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να βρουν και να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένα οποιεσδήποτε ιατρικές καταστάσεις, όπως ανωμαλίες του θυρεοειδούς, ανεπάρκειες σιδήρου, ναυτία και έμετος που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, που μπορεί να προκαλούν ή να συμβάλλουν στα συμπτώματα της κατάθλιψης. Το άγχος, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το τραύμα και οι αγχώδεις διαταραχές είναι μόνο μερικά παραδείγματα των προβλημάτων που μπορεί να συνυπάρχουν ή να επικαλύπτονται με την κατάθλιψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί σωστά η κατάθλιψη σε γυναίκες με διπολική νόσο, οι ειδικοί γιατροί πρέπει να εξακριβώσουν εάν υπάρχει ιστορικό υπομανιακών ή

μανιακών συμπτωμάτων ^[23]. Θα ήταν επίσης απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί εξειδικευμένη διαχείριση για την ψύχωση, είτε έχει τη μορφή ψυχωτικής κατάθλιψης είτε μια θεμελιώδη ψυχωτική κατάσταση όπως η σχιζοφρένεια. Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με παράγοντες όπως η ενδοοικογενειακή βία, η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η κατάχρηση ουσιών. Για να μειωθεί η πιθανότητα να έχει επιζήμια επίδραση στους απογόνους, αυτά μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν.

3.2 Άγχος

Επειδή η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος πολλών αλλαγών, το αίσθημα άγχους είναι συνηθισμένο. Το σώμα, τα συναισθήματα και η οικογενειακή ζωή των εγκύων αλλάζουν κατακόρυφα. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι ευπρόσδεκτες από μερικές γυναίκες, ωστόσο μπορεί να φέρουν και νεότερες στρεσογόνες καταστάσεις.

Η μακροχρόνια έκθεση σε υπερβολικά επίπεδα στρες μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές παθήσεις και υψηλή αρτηριακή πίεση, μεταξύ άλλων προβλημάτων υγείας. Το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να γεννηθεί ένα πρόωρο μωρό (που γεννήθηκε πριν από τις 37 εβδομάδες εγκυμοσύνης) ή ένα μωρό που είναι λιποβαρές κατά τον τοκετό (που ζυγίζει λιγότερο από 5 λίβρες)^[24].

Κάθε γυναίκα βιώνει διαφορετικά το άγχος, ωστόσο τα ακόλουθα είναι μερικές τυπικές αιτίες που το προκαλούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:

- Μπορεί η έγκυος να αντιμετωπίζει ενοχλήσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, όπως πρωινή ναυτία, δυσκοιλιότητα, κόπωση ή πόνο στην πλάτη.
- Τα επίπεδα ορμονών στο αίμα μεταβάλλονται, κάτι που μπορεί να επηρεάσει το πώς αισθάνεται η έγκυος.
- Οι αλλαγές στη διάθεση μπορεί να κάνουν πιο δύσκολη τη διαχείριση του άγχους.
- Πιθανή είναι η ύπαρξη ανησυχίας για το πώς η μέλλουσα μητέρα θα φροντίσει σωστά το αγέννητο παιδί της ή να έχει αγωνία για την έκβαση του τοκετού.

- Η εργασία της εγκύου ίσως να έρθει σε δεύτερη μοίρα, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που είναι απαραίτητη η λήψη άδειας μητρότητας.
- Υπάρχει ανησυχία για το αν ο τρόπος διατροφής που ακολουθείται μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο^[24].

Τα είδη άγχους που διακρίνονται γενικά είναι πολλά, ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι δεν προκαλούν όλα τα είδη άγχους αρνητικά συναισθήματα. Για παράδειγμα υπάρχει το δημιουργικό άγχος το οποίο μπορεί να βοηθήσει τις εγκύους να θέσουν νέους στόχους, φυσικά μετά από σωστή διαχείριση των καταστάσεων. Έτσι, οι προθεσμίες που αφορούν τον χώρο εργασίας και άλλοι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες σίγουρα δεν επιδεινώνουν τις δυσκολίες της εγκυμοσύνης. Σοβαρές μορφές άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων στη πορεία της εγκυμοσύνης, όπως ένας πρόωρος τοκετός. αυτός είναι και ο λόγος που σε περιπτώσεις που οι έγκυες νιώσουν την ανάγκη υποστήριξης από τον γιατρό τους ή κάποιο ψυχολόγο, δεν πρέπει να διστάζουν να αναζητούν τη βοήθεια αυτή. Ειδικότερα, προσοχή πρέπει να δίνεται στις γυναίκες που έχουν βιώσει ή χαρακτηρίζονται από τα παρακάτω:

- Ανεπιθύμητες εμπειρίες ζωής. Αυτά περιλαμβάνουν απώλεια εργασίας ή σπιτιού, σοβαρή ασθένεια, θάνατο στην οικογένεια ή διαζύγιο.
- Καταστροφικά φαινόμενα Αυτά μπορεί να είναι τρομοκρατικές επιθέσεις, τυφώνες ή σεισμοί.
- Επίμονο στρες. Αυτό το είδος άγχους μπορεί να προκληθεί από μεγάλα ζητήματα υγείας, οικονομικές δυσκολίες, κακοποίηση, έλλειψη στέγης ή οποιεσδήποτε άλλες περιστάσεις.
- Κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι μια ιατρική διαταραχή που οδηγεί σε καταθλιπτικά συναισθήματα και απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες. Μπορεί να έχει αντίκτυπο στο πώς αισθάνεστε η γυναίκα αισθάνεται, σκέφτεται και ενεργεί παρεμποδίζοντας τις καθημερινές της δραστηριότητες.

- .Η απότομη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος.
- Φόβος της εγκληματικότητας ή της οικονομικής ένδειας.
- Ρατσισμός. Ο ρατσισμός μπορεί να προκαλέσει άγχος σε ορισμένες γυναίκες σε όλη τους τη ζωή. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στο να εξηγηθεί γιατί οι Αμερικανίδες αφρικανικής καταγωγής είναι πιο πιθανό από γυναίκες άλλης φυλής ή εθνότητας να γεννήσουν πρόωρα παιδιά ή νεογνά με χαμηλό βάρος.
- Στρες που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Η εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει σημαντικό άγχος σε ορισμένες γυναίκες, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω.
- Οι συνέπειες του στρες στην εγκυμοσύνη δεν είναι πλήρως κατανοητές. Ωστόσο, ορισμένες ορμόνες που συνδέονται με το στρες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ορισμένων προβλημάτων εγκυμοσύνης.
- Το άγχος που είναι σοβαρό ή επίμονο μπορεί να έχει αντίκτυπο στο ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο προστατεύει τον οργανισμό από λοιμώξεις. Ως αποτέλεσμα, η πιθανότητα εμφάνισης λοίμωξης της μήτρας μπορεί να αυξηθεί. Ας σημειωθεί ότι η πάθηση αυτή μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε πρόωρο τοκετό.
- Οι παρακάτω είναι μερικοί άλλοι τρόποι με τους οποίους το άγχος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά μια εγκυμοσύνη:
- Το στρες μπορεί να επιδεινώσει τις συνήθεις ενοχλήσεις της εγκυμοσύνης, όπως πρωινή ναυτία, δυσκολία στον ύπνο και πόνους στο σώμα.
- Πιθανές είναι οι διαταραχές σίτισης, με συνέπεια είτε την μετάβαση σε λιποβαρείς καταστάσεις είτε στην προσθήκη υπερβολικού βάρους.
- Το άγχος μπορεί να πυροδοτήσει την εμφάνιση διαβήτη της κύησης.
- Η υψηλή αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλεται στο στρες. Ως αποτέλεσμα, ο πρόωρος τοκετός, το χαμηλό βάρος γέννησης και το επικίνδυνο σύνδρομο υψηλής αρτηριακής πίεσης, γνωστό ως προεκλαμψία, αποτελούν κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.

- Το άγχος μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που η έγκυος αντιδρά σε συγκεκριμένες περιστάσεις. Ορισμένες γυναίκες ανακουφίζουν από το άγχος τους καπνίζοντας τσιγάρα, πίνοντας αλκοόλ ή χρησιμοποιώντας παράνομες ουσίες, που μπορεί να βλάψουν σοβαρά τόσο αυτήν τις ίδιες όσο και τα έμβρυα.
- Η αποβολή που σχετίζεται με το άγχος ή ο θάνατος ενός μωρού πριν από τις 20 εβδομάδες εγκυμοσύνης, είναι μια κοινή ανησυχία μεταξύ των γυναικών [24].

3.3 Διαταραχή της Ποιότητας Ύπνου

Η εγκυμοσύνη επηρεάζει τον ύπνο με διάφορους τρόπους που σχετίζονται με αλλαγές ανατομικά, φυσιολογικά, ορμονικά και ψυχολογικά στοιχεία του σώματος και του νου. Οι πιο αξιοσημείωτες δομικές αλλαγές είναι η αύξηση του βάρους (έως και 20% αύξηση από το βάρος πριν από την κύηση) και η αύξηση του όγκου της μήτρας, η οποία επηρεάζει την ανύψωση του διαφράγματος και κατ' επέκταση την αναπνοή. Τα προβλήματα που σχετίζονται με τις παραπάνω σωματικές αλλαγές αντίκτυπο τόσο στην έναρξη όσο και στη συνέχιση, δηλαδή την ποιότητα, του ύπνου. Οι κύριες φυσιολογικές αιτίες περιλαμβάνουν τις αλλαγές στο καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα, όπως είναι για παράδειγμα η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η μεταβολή της αναπνευστικής συχνότητας και οι μεταβολές οξυγόνωσης του σώματος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το καρδιακό φορτίο, το κλάσμα εξώθησης και η συμπαθητική δραστηριότητα αυξάνονται. Αυτές οι αλλαγές προκαλούνται εν μέρει από ορμονικές αλλαγές. Η έγκυος βιώνει κόπωση και εξάντληση ως αποτέλεσμα όλων αυτών των αλλαγών.

Η δυσκοιλιότητα, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η βραδύτερη πέψη λόγω μεγαλύτερου χρόνου εκκένωσης του στομάχου και άλλες φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη περιλαμβάνονται επίσης στα κοινά ενοχλήματα που αναφέρονται από πολλές εγκύους. Για την ακρίβεια, σχεδόν το 75% των εγκύων γυναικών αντιμετωπίζουν αυτά τα τελευταία προβλήματα, τα οποία είναι τυπικά σε μετέπειτα εγκυμοσύνη. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να οφείλεται επίσης στη

νυχτερινή ούρηση, η οποία έχει συσχετιστεί με αύξηση της νυχτερινής απέκκρισης νατρίου από το απεκκριτικό σύστημα των νεφρών^[25].

Αναμφισβήτητα, οι πιο σημαντικές επιρροές στη διάρκεια, την ποιότητα και τη φυσιολογία του ύπνου είναι οι ορμονικές αλλαγές. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, δύο στεροειδείς ορμόνες που αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν διάφορες επιδράσεις στον ύπνο και την αναπνευστική φυσιολογία που είναι συχνά συμπληρωματικές. Λόγω της πρώιμης έναρξης των υποδοχέων GABA κατά το πρώτο τρίμηνο, η προγεστερόνη βελτιώνει τον ύπνο και τη δραστηριότητα βραδέων κυμάτων. Χρησιμεύει επίσης ως διεγερτικό της αναπνευστικής ώθησης, ιδιαίτερα σε παχύσαρκες γυναίκες 3. Εκτός από την αυξημένη απόκριση πίεσης στην υπερκαπνία και τις άπνοιες, το αντίστοιχο προστατευτικό αποτέλεσμα έναντι της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου (OSA) μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του κινδύνου για κεντρικές άπνοιες. Αυτό οφείλεται στο ότι η επαναφορά των χημειοϋποδοχέων που προκαλείται από ορμόνες ευνοεί τη σύζευξη υπεραερισμού/υποκαπνίας ^[26].

Ιδιαίτερα στις πρωτότοκες γυναίκες, το άγχος, το στρες και η ένταση είναι ισχυροί ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου. Υπάρχει σαφής αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ ύπνου και διάθεσης, με την αϋπνία της εγκυμοσύνης να αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης^[27].

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι συνηθισμένο να υπάρχει επιδείνωση της ποιότητας του ύπνου, ειδικά προς το τέλος του τρίτου τριμήνου. 4 Ακόμα κι ενώ ο συνολικός χρόνος ύπνου αυξάνεται, η υποκειμενική ποιότητα του ύπνου αρχίζει να αλλάζει ήδη από το πρώτο τρίμηνο. Αυτή η μείωση στην υποκειμενική ποιότητα του ύπνου και η προγεστερόνη που περιγράφηκε προηγουμένως μπορεί να είναι οι υποκείμενες αιτίες της συχνά παρατηρούμενης αύξησης της υπερβολικής ημερήσιας υπνηλίας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Το ροχαλητό, οι αφυπνίσεις που σχετίζονται με την αναπνευστική προσπάθεια (RERAs), το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (RLS), ^[28] ο πόνος στην οσφυϊκή χώρα και οι κράμπες στα πόδια έχουν όλα αρνητικό αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα και τη συνέχεια του ύπνου και αυτό το αποτέλεσμα ενισχύεται καθώς προχωρά η εγκυμοσύνη.

Η μείωση του ύπνου, από την άλλη πλευρά, τεκμηριώνεται λιγότερο σταθερά από τους συγγραφείς και ξεκινά μόνο στο δεύτερο τρίμηνο. Η πιθανότητα αϋπνίας κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξανόταν με την ηλικία, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και τον υψηλότερο ΔΜΣ, σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα σε 486 νεαρές έγκυες γυναίκες^[29]. Ωστόσο, η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης δεν υποστήριξε τον αυξημένο ΔΜΣ ως παράγοντα κινδύνου. Επίσης, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν κατάθλιψη, τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης είχαν 2.6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν. Συνολικά, περισσότερες από τις μισές γυναίκες ανέφεραν ότι εμφάνισαν συμπτώματα αϋπνίας ενώ κοιμόνταν κανονικά, τουλάχιστον κατά το πρώτο τρίμηνο, ενώ καθώς προχωρούσε η εγκυμοσύνη, παρατηρήθηκε σταθερή μείωση του συνολικού χρόνου ύπνου.

Σύμφωνα με μια διαφορετική μελέτη^[30], κατά το δεύτερο τρίμηνο, περίπου το 28% των εγκύων γυναικών κοιμόταν λιγότερο από 7 ώρες τη νύχτα. Η ηλικία και η φυλή είχαν επίσης επίδραση στη διάρκεια του ύπνου, με τις μη Ισπανόφωνες, τις μαύρες, τις Ασιάτισσες και τις μεγαλύτερες γυναίκες να αναφέρουν τη μικρότερη ποσότητα ύπνου. Με μέσο δείκτη ποιότητας ύπνου του Πίτσμπουργκ (PSQI) 6.4 και αυξανόμενη βαθμολογία PSQI (που υποδηλώνει χειρότερη ποιότητα ύπνου) από το δεύτερο έως το τρίτο τρίμηνο, κατά μέσο όρο, 1.68 μονάδες, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση που διεξήχθησαν έως το 2015 σχετικά με την ποιότητα του ύπνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαπίστωσε ότι το 46% των γυναικών ανέφεραν κακή ποιότητα ύπνου^[31].

Η μικρή διάρκεια ύπνου και η κακή ποιότητα ύπνου συνδέονται επίσης με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης κύησης, όπως συμβαίνει και στον γενικό πληθυσμό^[32]. Αυτά τα ευρήματα, ωστόσο, βασίζονται αποκλειστικά στην αυτοαναφερόμενη αϋπνία και δεν έχουν επαληθευτεί σε πληθυσμό χαμηλού κινδύνου χρησιμοποιώντας αντικειμενικές μετρήσεις ύπνου. Ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη κύησης βρέθηκε ότι συνδέεται ανεξάρτητα τόσο με τον σύντομο όσο και με τον κακό ύπνο σε συγχρονικές μελέτες που χρησιμοποιούν αυτοαναφερόμενα μέτρα ύπνου, όπως το PSQI, και προοπτικές διαχρονικές μελέτες που εξετάζουν τη διάρκεια του ύπνου. Δεδομένου ότι τόσο η σύντομη όσο και η μεγάλη διάρκεια ύπνου συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη της κύησης, αλλά μόνο σε μη παχύσαρκες γυναίκες, ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι η βασική μεταβλητή αυτής της συσχέτισης^[33].

Η σύντομη διάρκεια ύπνου έχει αποδειχθεί ότι μεταβάλλει τα αποτελέσματα του τοκετού και τους τρόπους τοκετού, επιμηκύνοντας τον τοκετό και αυξάνοντας την

ανάγκη για καισαρική τομή ^[34]. Είναι γνωστό ότι η αϋπνία και η κατάθλιψη σχετίζονται, επομένως διάφορες έρευνες εξέτασαν πώς η κατάθλιψη μπορεί να επηρεαστεί από την αϋπνία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με τους Dørheim et al.^[35], οι γυναίκες με ιστορικό ψυχικής ασθένειας δεν εμφάνιζαν αϋπνία ως προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης, αλλά εκείνες που είχαν αναρρώσει από την κατάθλιψη το έκαναν. Από την άλλη πλευρά, το υψηλό προγεννητικό άγχος και οι βαθμολογίες της Κλίμακας Μεταγεννητικής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS), το άγχος τοκετού, τα υψηλά μορφωτικά επίπεδα και η προηγούμενη κατάθλιψη ήταν παράγοντες κινδύνου τόσο για επιλόχεια κατάθλιψη όσο και για την αϋπνία. Οι βαθμολογίες αϋπνίας που αναφέρθηκαν δεν ταίριαζαν με τις αξιολογήσεις του αντικειμενικού ύπνου μετά τον τοκετό για τη διάρκεια του ύπνου (μέσος όρος 6,5 ώρες) ή την αποτελεσματικότητα του ύπνου (από 84 έως 75 %) (Κλίμακα αϋπνίας Bergen). Μάλιστα, το τελευταίο έπεσε από το 17,2 στο 15,4. Επιπλέον, από 61,6 % κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε 53,8 % μετά τον τοκετό, ο αναφερόμενος επιπολασμός των συμπτωμάτων αϋπνίας μειώθηκε. Συνολικά, σε σύγκριση με την εγκυμοσύνη, οι γυναίκες μετά τον τοκετό ανέφεραν λιγότερη δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας και υψηλότερη συνολική ευχαρίστηση με τον ύπνο τους. Ως εκ τούτου, όπως αποδείχθηκε προηγουμένως από άλλες μελέτες, η υποκειμενικά αξιολογημένη αϋπνία είναι πιο ακριβής προγνωστικός παράγοντας από την αποτελεσματικότητα του ύπνου ή τη διάρκεια του ύπνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ^[36].

Σε μια πρόσφατη τυχαίοποιημένη κλινική έρευνα, η επίδραση της θεραπείας αϋπνίας έναντι του εικονικού φαρμάκου στα συμπτώματα της μεταγεννητικής κατάθλιψης αξιολογήθηκε σε 54 έγκυες γυναίκες που ανέφεραν ότι παρουσίασαν αϋπνία κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου. Στις τρεις ομάδες δόθηκε είτε τραζοδόνη, διφαινυδραμίνη ή εικονικό φάρμακο. Η ακτιγραφία χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αντικειμενικής διάρκειας του ύπνου και το EPDS για τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Και οι δύο μετρήσεις λήφθηκαν κατά την έναρξη και δύο και έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η φαρμακευτική αγωγή είχε εξίσου αντίκτυπο στην ποιότητα του ύπνου όπως το εικονικό φάρμακο στα συμπτώματα της κατάθλιψης. Λόγω του γεγονότος ότι τόσο η τραζοδόνη όσο και η διφαινυδραμίνη είναι αποδεκτές ως ασφαλείς θεραπείες για την αϋπνία

κύησης, η χρήση τους μπορεί να συνιστάται ως πιθανή θεραπευτική προληπτική επιλογή, ιδιαίτερα στην περίπτωση συμπτωμάτων κατάθλιψης που εμφανίζονται αργά στην πορεία της εγκυμοσύνης^[37].

Μια σημαντική μελέτη^[39] εξέτασε τις επιπτώσεις στις έγκυες γυναίκες της χρόνιας στέρησης ύπνου, της μείωσης του REM και των αλλαγών στην ομοίωση των ορμονών που συνδέονται με τον ύπνο. Φάνηκε ότι οι αλλαγές αυτές ενδέχεται να βλάψουν τον δεσμό μητέρας-βρέφους προκαλώντας εξάντληση της μητέρας, περιγεννητική και μεταγεννητική κατάθλιψη και προβλήματα ύπνου στα παιδιά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

4.1 Αλκοόλ

Είναι ανησυχητικό ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξακολουθεί να είναι διαδεδομένη. Από το 1984 έως το 2014, η παγκόσμια επικράτηση της χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίστηκε σε 9,8% ^[40], με περιφερειακές διακυμάνσεις στα ποσοστά χρήσης. Τα ποσοστά χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνονταν από 20% έως 80% στην Ιρλανδία και από 40% έως 80% στην Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, σύμφωνα με μια παγκόσμια πολυκεντρική μελέτη διασταυρούμενης κοόρτης. ^[41] Γυναίκες μεταξύ 18 και 44 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφεραν επικράτηση χρήσης αλκοόλ 53,6% συνολικά και επικράτηση υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ 18,2%. ^[42] Το 10,2% των εγκύων ανέφεραν ότι δεν έκαναν καθόλου χρήση του αλκοόλ και το 3,1% ανέφεραν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, με 1 στις 10 από αυτές τις γυναίκες να αναφέρουν ότι έκαναν χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες και 1 στις 33 ανέφεραν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ενώ ήταν έγκυες. ^[42] Σύμφωνα με το σύνολο δεδομένων του Συστήματος Παρακολούθησης Αξιολόγησης Κινδύνου εγκυμοσύνης από το 2002 έως το 2009, το 49,4% των γυναικών του δείγματος ανέφεραν ότι έπιναν αλκοόλ πριν μείνουν έγκυες. Από αυτές τις γυναίκες, το 87 % διέκοψε το ποτό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 6,6 % μείωσε τη κατανάλωση και το 6,4 % δεν έκανε καμία αλλαγή ^[43].

Το 1981, ο Γενικός Χειρουργός των ΗΠΑ Έντουαρντ Μπραντ συμβούλεψε τις γυναίκες που ήταν ή σκέφτονταν να μείνουν έγκυες να καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ. ^[44] Για να μειωθεί η πιθανότητα απόκτησης μωρού με διαταραχές του φάσματος του εμβρυϊκού αλκοολισμού, ο γενικός χειρουργός Richard Carmona συμβούλεψε τις έγκυες γυναίκες και όσες μπορεί να μείνουν έγκυες να απέχουν από το αλκοόλ το 2005. (FASD). Επί του παρόντος δεν υπάρχει συνιστώμενο ασφαλές επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συνιστάται να διακόπτεται το ποτό εάν μια γυναίκα δεν το έχει ήδη κάνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκειμένου να μειωθεί περαιτέρω ο κίνδυνος ^[45].

Η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θέτει το αναπτυσσόμενο έμβρυο σε ιδιαίτερο κίνδυνο και σχετίζεται με κακή περιγεννητική έκβαση, τα οποία είναι πιθανώς πιο διαδεδομένα από ό,τι πιστευόταν προηγουμένως. Ένα έμβρυο μπορεί να εκτεθεί στο οινόπνευμα *in utero* σε κρίσιμα στάδια της εμβρυολογικής ανάπτυξης, ακόμη και πριν μια γυναίκα αντιληφθεί ότι είναι έγκυος, επειδή οι μισές εγκυμοσύνες στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ακούσιες^[46]. Το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (FAS), μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι μια κοινή αιτία που μπορεί να αποφευχθεί για ανωμαλίες κατά τη γέννηση και αναπτυξιακές διαταραχές στις. Η αποβολή, ο πρόωρος τοκετός, ο περιορισμός της ενδομήτριας ανάπτυξης και η θνησιγένεια είναι πρόσθετες επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και προσθέτουν νοσηρότητα σε οποιαδήποτε πιθανή υποκείμενη βλάβη⁴⁷. Η χρήση αλκοόλ στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, και συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εξακολουθεί να αποτελεί ανησυχία για τη δημόσια υγεία τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό. Οι έγκυες γυναίκες έχουν συχνά κίνητρα να αλλάξουν συνήθειες, επομένως οι γιατροί, ιδιαίτερα οι μαιευτήρες, έχουν καθοριστικό ρόλο στον έλεγχο, την εκπαίδευση και την παρέμβαση.

Μέσα σε δύο ώρες από τη στιγμή που η μητέρα καταναλώνει αλκοόλ, τα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα του εμβρύου πλησιάζουν τα επίπεδα της μητέρας. Το αλκοόλ διαπερνά γρήγορα τον πλακούντα. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (CDC) και ιατρικές εταιρείες από άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Εταιρείας Μαιευτήρων και Γυναικολόγων του Καναδά, συνιστούν την πλήρη αποχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επειδή δεν υπάρχει κανένα γνωστό ασφαλές επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το αλκοόλ, καθώς επίσης και λόγω του γεγονός ότι το αλκοόλ αποτελεί γνωστό τερατογόνο που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του εμβρύου σε όλα τα στάδια της εγκυμοσύνης^[48].

4.2 Κάπνισμα

Μία από τις κύριες αναστρέψιμες αιτίες κακής έκβασης της μητέρας και του εμβρύου είναι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα στις νεαρές γυναίκες είναι ο κύριος μοχλός της επικράτησης του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης, επειδή μόνο μια μειοψηφία καπνιστών γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας καταφέρνει να το κόψει όταν μείνει έγκυος. Το κάπνισμα συνδέεται με μειωμένη γονιμότητα σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, αύξηση των επιπλοκών της εγκυμοσύνης, όπως ο προδρομικός πλακούντας και η αποκόλληση του πλακούντα, και μια σειρά από δυσμενείς εκβάσεις του εμβρύου, όπως η θνησιγένεια, το χαμηλό βάρος γέννησης και ο πρόωρος τοκετός. Επιπλέον, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις επιβλαβών επιπτώσεων στα παιδιά, όπως αυξημένος κίνδυνος συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS), μειωμένη πνευμονική λειτουργία, αύξηση νευρογνωστικών διαταραχών και αυξημένος κίνδυνος παχυσαρκίας και εθισμού στον καπνό. Οι περισσότερες γυναίκες σταμάτησαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από οποιαδήποτε άλλη στιγμή στη ζωή τους, καθιστώντας την εγκυμοσύνη έναν ιδιαίτερο λόγο για να το κόψουν. Ωστόσο, η πλειοψηφία των εγκύων καπνιστών εξακολουθεί να καπνίζει και τα ποσοστά υποτροπής μετά τον τοκετό είναι σημαντικά. Για να βοηθήσουν τις έγκυες γυναίκες που καπνίζουν να κόψουν το κάπνισμα, οι επαγγελματίες υγείας έχουν δημιουργήσει οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης^[49].

Η πλειονότητα των δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχουν λόγω αυτοαναφορών (βρίσκονται σε πιστοποιητικά γέννησης και έρευνες), γεγονός που πιθανώς υποτιμά την πραγματική συχνότητα του καπνίσματος. Μελέτες που χρησιμοποιούν αναλύσεις για την επικύρωση της κατάστασης του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν αποκαλύψει υποεκτίμηση του καπνίσματος έως και 25%. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει μειωθεί, μια τάση που μπορεί να αποδοθεί λιγότερο στην αύξηση της διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και περισσότερο στη γενική μείωση των ποσοστών έναρξης καπνίσματος μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Το ποσοστό έναρξης του καπνίσματος στις γυναίκες ηλικίας 18 έως 44 ετών μειώθηκε δραματικά από 44,1 % το 1987 σε 38,2 % το 1996, σύμφωνα με στοιχεία του BRFSS που συγκεντρώθηκαν ετησίως από το 1987 έως το 1996. Κατά την ίδια περίοδο 10 ετών, τόσο οι έγκυες γυναίκες (από 16 % σε 11,8%) όσο και οι μη έγκυες γυναίκες (από 26,7% σε 23,6%) παρουσίασαν σημαντική μείωση στον επιπολασμό του τρέχοντος καπνίσματος. Από την άλλη πλευρά, μεταξύ 1987 και 1996, το ποσοστό των εγκύων γυναικών (από 26,3 % σε 25,2 %) και των μη εγκύων γυναικών που είχαν κόψει το

κάπνισμα ελάχιστα άλλαξε (από 16,3 % εκατό σε 14,4 %). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από πιστοποιητικά γέννησης που υποβλήθηκαν από 49 πολιτείες, το ποσοστό των εγκύων γυναικών που κάπνιζαν μειώθηκε από 18,4% το 1990 σε 11,4 % το 2002. Το Κεντάκι (24,4%) είχε το υψηλότερο ποσοστό εγκύων γυναικών που κάπνιζε και η Γιούτα είχε το χαμηλότερο ποσοστό (7,0 %)^[49].

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν ερευνηθεί από τα μέσα του 20ου αιώνα. Το κάπνισμα έχει τόσο άμεσες όσο και έμμεσες αρνητικές συνέπειες στο έμβρυο, συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής της ροής του αίματος στον ομφάλιο λώρο και της μεταφοράς τοξινών μέσω του πλακούντα. Περισσότερες από 4000 διαφορετικές ουσίες, όπως η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα, η πίσσα, το βενζόλιο και τα βαρέα μέταλλα, μπορούν να βρεθούν στον καπνό του τσιγάρου. Ένας αυξανόμενος όγκος ερευνών υποδηλώνει ότι η νικοτίνη είναι η χημική ουσία που προκαλεί τη μεγαλύτερη βλάβη στο έμβρυο από όλες τις προαναφερόμενες ουσίες. Η νικοτίνη (και ο κύριος μεταβολίτης της, η κοτινίνη) διεισδύει εύκολα στον ιστό του πλακούντα στην εμβρυϊκή κυκλοφορία του αίματος λόγω της υψηλής διαλυτότητάς της στα λιπίδια. Έχει επίσης βρεθεί ότι το έμβρυο έχει μεγαλύτερη έκθεση στη νικοτίνη από τη μητέρα καπνίστρια όταν εξετάζονται τα επίπεδα νικοτίνης στο αμνιακό υγρό και στο εμβρυϊκό πλάσμα. Η νικοτίνη έχει αποδειχθεί ότι έχει νευροτερατογόνο δράση στην ανάπτυξη σε ζωικά μοντέλα, συμπεριλαμβανομένης της πρόκλησης κυτταρικού θανάτου καθώς και της διακοπής των διαδικασιών της μίτωσης και της μείωσης των κυττάρων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ανθρώπινες μελέτες έχουν βρει σχέσεις μεταξύ της έκθεσης του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου και των γενετικών ανωμαλιών, των προβλημάτων ανάπτυξης, της μη φυσιολογικής νευροανάπτυξης (η οποία αργότερα μπορεί να εκδηλωθεί ως διαταραχές συμπεριφοράς, τάση για εθισμό και μειωμένες γνωστικές και μαθησιακές δεξιότητες), καθώς και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στο αναπνευστικό σύστημα^[49].

Πριν γεννηθεί το έμβρυο, οι συνέπειες του καπνού του τσιγάρου γίνονται κλινικά εμφανείς. Η ικανότητα μιας γυναίκας να ολοκληρώσει μια εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από τη χρήση καπνού. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέθηκε σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο για αποκόλληση πλακούντα, έκτοπη κύηση και πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών,

σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση που διεξήχθη από τους Castles et al . Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το OR μεταξύ των καπνιστών για τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν νωρίτερα κυμαινόταν από 1,6 έως 1,91 μετά από ανάλυση των δεδομένων που δόθηκαν σε 34 έρευνες. Το OR της προεκλαμψίας ήταν 0,51. Η προέλευση αυτού του φαινομενικά προστατευτικού ευρήματος είναι ακόμη άγνωστη. Έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες, όπως το γεγονός ότι οι έγκυες καπνίστριες παρουσιάζουν μικρότερη αύξηση του όγκου του πλάσματος από τις έγκυες μη καπνίστριες, ότι το θειοκυανικό στον καπνό του τσιγάρου έχει υποτασική δράση και ότι η νικοτίνη αναστέλλει την ικανότητα του εμβρύου να παράγει το ισχυρό αγγειοσυσταλτικό θρομβοξάνη A₂. Ωστόσο, ο κίνδυνος προβλημάτων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη που προκαλούνται από τον καπνό του τσιγάρου υπερτερεί κάθε πιθανού οφέλους^[49].

Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές εξέτασαν επίσης την πιθανότητα θνησιγένειας μεταξύ εγκύων καπνιστών. Η ανασκόπηση των μητρικά συνδεδεμένων αρχείων δεδομένων κοόρτης για το Μιζούρι από το 1978 έως το 1997 αποκάλυψε μια συσχέτιση μεταξύ της αυξανόμενης χρήσης καπνού και ενός υψηλότερου ποσοστού θνησιγένειας (που ορίζεται ως εμβρυϊκός θάνατος εντός της μήτρας στις 20 εβδομάδες). Επιπλέον, οι θάνατοι των εμβρύων που συνέβησαν κατά τον τοκετό ήταν σχεδόν 50% πιο πιθανό να συμβούν σε μητέρες καπνίστριες από ό,τι σε μη καπνίστριες μητέρες^[49].

Οι ίδιοι ερευνητές εξέτασαν πώς το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρέασε τις γυναίκες που είχαν περάσει την αναπαραγωγική τους ηλικία. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε 2 ηλικιακές κατηγορίες, είτε κάτω των 35 είτε άνω των 35 ετών. Οι νεότερες (ομάδα ηλικίας 35 ετών) καπνίστριες μητέρες είχαν 30% περισσότερες πιθανότητες θνησιγένειας (τόσο πριν τον τοκετό όσο και κατά τον τοκετό) σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες νεότερες εγκύους. Σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς των νεότερων μη καπνιστών, οι προσαρμοσμένες αναλογίες κινδύνου για καπνιστές άνω των 35 ετών ήταν 2,6 (προ του τοκετού) και 3,2 (εντός του τοκετού). Ως αποτέλεσμα, μετά τον έλεγχο των συμμεταβλητών, η αυξημένη ηλικία φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο στη συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου κατά την κύηση και των θνησιγενειών, ιδιαίτερα των θνησιγενειών εντός του τοκετού^[49].

Η εφηβεία, στο άλλο άκρο του ηλικιακού φάσματος, βρέθηκε ότι ενέχει αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό. Τα έφηβα κορίτσια που είναι

έγκυες διατρέχουν ήδη υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών, όπως πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης, περιορισμό της ανάπτυξης του εμβρύου, όψιμο θάνατο του εμβρύου και βρεφική θνησιμότητα. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι, μετά τον έλεγχο της μητρικής φυλής, του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), της προγεννητικής φροντίδας, του εμβρυϊκού φύλου και του έτους γέννησης, η συχνότητα θνησιγένειας εντός του τοκετού μεταξύ των καπνιστών εφήβων ηλικίας κάτω των 15 ετών ήταν διπλάσια από αυτή των μεγαλύτερων εφήβων και των ενήλικων μητέρων. Σύμφωνα με το AHR, ο κίνδυνος θνησιγένειας στους καπνιστές μειώνεται με την ηλικία της μητέρας (AHR 4,0 για γυναίκες κάτω των 15 ετών, AHR 1,5 για μητέρες μεταξύ 15 και 19 ετών και AHR 1,8 για μητέρες μεταξύ ηλικιών των 20 και 24)^[49].

Αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν προηγούμενες έρευνες ότι οι καπνίστριες μητέρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιγένειας και υπογραμμίζουν την ανάγκη για προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και στα δύο άκρα του μητρικού ηλικιακού φάσματος.

4.3 Σωματική Άσκηση

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Αθλητιατρικής (ACSM) και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) συμβουλεύουν τις μη έγκυες γυναίκες να πραγματοποιούν μέτρια άσκηση για 30 λεπτά ή περισσότερο τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (ACOG) δημοσίευσε τις πιο πρόσφατες οδηγίες του για την άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τον Ιανουάριο του 2002. Οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να ασκούν μέτριας έντασης 30 λεπτά ή περισσότερο τις περισσότερες, αν όχι όλες, ημέρες της εβδομάδας, σύμφωνα με Συστάσεις ACOG, υποθέτοντας ότι δεν υπάρχουν ιατρικά ή μαιευτικά ζητήματα. Πριν συνταγογραφηθεί ένα πρόγραμμα άσκησης σε οποιαδήποτε έγκυο γυναίκα, η ACOG συμβουλεύει να γίνει μια ολοκληρωμένη κλινική αξιολόγηση της ασθενούς. Η τακτική, μέτριας έντασης άσκηση ενδείκνυται ελλείψει αντενδείξεων. Επίσης, σημαντικό είναι οι γυναίκες να ενημερώνονται για τα προειδοποιητικά σημάδια που υποδεικνύουν ότι ήρθε η ώρα να σταματήσουν την άσκηση^[50].

Ο τύπος και η ένταση της άσκησης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη συνταγογράφηση ενός σχήματος άσκησης. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν

δραστηριότητες με υψηλό κίνδυνο τραύματος ή πτώσης. Το χόκεϊ επί πάγου, το ποδόσφαιρο, το μπάσκετ, η ενόργανη, η ιππασία, το σκι κατάβασης και τα έντονα αθλήματα ρακέτας είναι μεταξύ των δραστηριοτήτων που πρέπει να αποφεύγονται. Οι γυναίκες που θέλουν να ασκηθούν σε υψόμετρο 6000 ποδιών ή υψηλότερο θα πρέπει να γνωρίζουν τα συμπτώματα της ασθένειας του υψομέτρου, η οποία πρέπει να αντιμετωπίζεται με διακοπή της άσκησης, κατέβασμα από το ύψος και λήψη ιατρικής βοήθειας. Ακόμη, ασκήσεις που απαιτούν από τις γυναίκες να ξαπλώνουν ή να στέκονται ακίνητες για παρατεταμένες χρονικές περιόδους θα πρέπει να αποφεύγονται. Το περπάτημα, η πεζοπορία, το τζόκινγκ/τρέξιμο, ο αερόβιος χορός, η κολύμβηση, η ποδηλασία, η κωπηλασία, το σκι αντοχής και ο χορός είναι όλες οι συνιστώμενες μορφές άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αφού διερευνηθούν οι κίνδυνοι και τα πλεονεκτήματα, ο ασθενής θα πρέπει να λάβει εξατομικευμένες συστάσεις άσκησης. Η βελτίωση των δεξιοτήτων μπορεί επίσης να είναι απαραίτητη πριν από την ενασχόληση με ορισμένες δραστηριότητες, όπως το σκανδιναβικό σκι, για να μειωθεί η πιθανότητα τραυματισμού^[50].

Η πρόβλεψη της κατάλληλης έντασης άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πρόκληση. Σύμφωνα με το Centers for Disease Control and American College of Sports Medicine (CDC-ACSM), η μέτριας έντασης άσκηση αποτελείται από τρία έως πέντε μεταβολικά ισοδύναμα (METS), που είναι περίπου παρόμοια με ένα γρήγορο περπάτημα. Οι Artal και O'Toole έχουν συμβουλέψει δύο περιόδους 15 λεπτών για καλύτερη παρακολούθηση των απαιτήσεων θερμορύθμισης και ενεργειακής ισορροπίας, παρόλο που δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που πρέπει να ασκείται μια έγκυος γυναίκα^[50].

Οι συστάσεις της ACOG σημειώνουν τις ανάγκες άσκησης των ερασιτεχνών και επαγγελματιών αθλητών. Οι αθλητές αυτοί συνήθως ακολουθούν πιο αυστηρά προγράμματα προπόνησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτοί οι αθλητές συχνά θέλουν να αρχίσουν να κάνουν έντονη προπόνηση και πάλι αμέσως μετά τον τοκετό. Οι επιπτώσεις της άσκησης στην αγωνιστική απόδοση και οι επιπτώσεις της πιο απαιτητικής προπόνησης και ανταγωνισμού στην εγκυμοσύνη και το έμβρυο είναι δύο από τα κύρια ζητήματα που αφορούν την άσκηση σε ανταγωνιστικούς αθλητές. Η αθλητική απόδοση συνήθως επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Προκειμένου να εξισορροπηθούν οι σωματικές απαιτήσεις της άσκησης υψηλής

έντασης, είναι σημαντικό να ελέγχεται προσεκτικά το βάρος, το επίπεδο ενυδάτωσης και η θερμοκρασία του σώματος. Αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν περισσότερες τακτικές επισκέψεις στο ιατρό τους στις προγεννητικές τους εξετάσεις^[50].

Η επανέναρξη της σωματικής άσκησης μετά τον τοκετό είναι προσωπική απόφαση. Δεν υπάρχουν μελέτες που να δείχνουν ότι η ταχεία επανέναρξη των δραστηριοτήτων έχει αρνητικά αποτελέσματα. Ωστόσο, συνιστάται μια προσεκτική επιστροφή στην άσκηση, επειδή οι γυναίκες μετά τον τοκετό υφίστανται ακόμα πολλές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι εάν η άσκηση εκλαμβάνεται ως ανακούφιση του στρες, η επιστροφή στη σωματική δραστηριότητα μετά την εγκυμοσύνη έχει συνδεθεί με χαμηλότερο επιπολασμό επιλόχειας κατάθλιψης^[50].

4.4 Πρόσληψη Βάρους

Με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος πριν από την εγκυμοσύνη [$\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρος (kg)}/\text{ύψος (m)}^2$], το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ ανέπτυξε συστάσεις για την αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το 1990. Η επίτευξη ενός ιδανικού βάρους γέννησης νεογνού, μεταξύ 3000 και 4000 γραμμαρίων (g), των βαρών γέννησης στις Ηνωμένες Πολιτείες που συνδέονται με τον χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, είναι ο στόχος αυτών των συστάσεων. Το εύρημα ότι οι έγκυες γυναίκες που βρίσκονται εντός των προτεινόμενων ορίων είναι πιο πιθανό να γεννήσουν μωρά που έχουν το σωστό μέγεθος κατά τον τοκετό, το οποίο συνήθως υποστηρίζεται από έρευνα που έγινε λίγο μετά τη δημοσίευση των κατευθυντήριων γραμμών. Το 2000, μια συστηματική αξιολόγηση της βιβλιογραφίας για το θέμα που είχε δημοσιευτεί μεταξύ 1990 και 1997 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες των οποίων η αύξηση βάρους ήταν εντός των συνιστώμενων ορίων είχαν τα καλύτερα αποτελέσματα βάρους γέννησης^[51].

Οι Abrams et al παρατηρούν ότι ο ρυθμός αύξησης του βάρους κύησης κάτω από το κατώτερο όριο των συνιστώμενων ορίων φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο πρόωρου τοκετού στην ανάλυσή των δεδομένων που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1990 και 1997. Αυτές οι ανασκοπήσεις αναφέρουν επίσης ότι υπάρχει αμελητέα σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ της αύξησης του βάρους της κύησης και του κινδύνου καισαρικής

τομής με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία. Μια ποικιλία αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης και τοκετού έχουν εξεταστεί σε πιο πρόσφατη έρευνα σε σχέση με την αύξηση του βάρους της κύησης. Έγκυες γυναίκες από το Μιζούρι με φυσιολογικό ΔΜΣ που κέρδισαν λιγότερο βάρος από τις συστάσεις είχαν χαμηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν προεκλαμψία, κεφαλοπυελική δυσαναλογία, αποτυχημένη επαγωγή και καισαρική τομή από εκείνες που κέρδισαν βάρος εντός του συνιστώμενου εύρους. Τα ποσοστά προεκλαμψίας, κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας και καισαρικής τομής ήταν υψηλότερα μεταξύ των γυναικών που κέρδισαν περισσότερο βάρος από ό,τι συνιστάται σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς^[51].

Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με μια προηγούμενη μελέτη από την Ισλανδία που ανακάλυψε ότι οι γυναίκες με φυσιολογικό ΔΜΣ που κέρδισαν βάρος εντός του συνιστώμενου εύρους παρουσίασαν λιγότερες επιπλοκές εγκυμοσύνης και πιο φυσιολογικούς τοκετούς από εκείνες που πήραν περισσότερα από 20 κιλά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Επιπλέον, συμφωνούν με μια τεράστια σουηδική μελέτη που περιελάμβανε γυναίκες όλων των ΔΜΣ πριν από την εγκυμοσύνη. Σε γυναίκες όλων των ΔΜΣ πριν από την εγκυμοσύνη, η πρόσληψη άνω των 16 κιλών αύξησε τον κίνδυνο προεκλαμψίας και τοκετού με καισαρική τομή. Με εξαίρεση τις λιποβαρείς γυναίκες, η πρόσληψη λιγότερο από 8 κιλά συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο προεκλαμψίας. Μόνο σε έγκυες γυναίκες με ΔΜΣ 25 ή μεγαλύτερο (υπέρβαρες και παχύσαρκες) μια χαμηλή αύξηση του βάρους της εγκυμοσύνης (8 kg) σχετιζόταν με μικρότερη πιθανότητα τοκετού με καισαρική τομή. Η προεκλαμψία και οι τοκετοί με καισαρική τομή βρέθηκαν να είναι λιγότερο συχνά σε έγκυες παχύσαρκες γυναίκες όταν η αύξηση του βάρους της κύησης ήταν σημαντικά χαμηλότερη από το πρότυπο του IOM των 7 kg για παχύσαρκες γυναίκες κατηγορίας II και III^[51].

Η σχέση μεταξύ της προγεννητικής αύξησης του βάρους και των αποτελεσμάτων του νεογνού είναι επίσης θέμα έρευνας. Σε μια αναδρομική μελέτη κοόρτης 20.465 μη διαβητικών, τελειόμηνων γεννήσεων, οι Stotland et al ανακάλυψαν ότι, σε σύγκριση με την αύξηση εντός του συνιστώμενου εύρους, η υπέρβαση του συνιστώμενου βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίστηκε με επιληπτικές κρίσεις, χαμηλή βαθμολογία Apgar πέντε λεπτών, υπογλυκαιμία, πολυκυτταραιμία και εισρόφιση μηκωνίου. Η πιθανότητα εισαγωγής βρέφους στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών

αποδείχθηκε χαμηλότερη όταν η αύξηση βάρους ήταν μικρότερη από τη συνιστώμενη^[51].

B' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5.1 Σκοπός

Ως συνέχεια της εκτενούς βιβλιογραφικής επισκόπησης που πραγματοποιήθηκε παραπάνω, στόχος αυτής της μελέτης είναι να αναδείξει ευρήματα για τις συνήθειες των εγκύων σήμερα, και να εστιάσει σε πτυχές της ψυχολογικής τους κατάστασης και των ανησυχιών που βιώνουν, εξετάζοντας παράλληλα και την στήριξη που προσλαμβάνουν από το περιβάλλον τους. Ταυτόχρονα καταβάλλει προσπάθεια να επιστήσει την προσοχή σε παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο που θα βιώσει μια γυναίκα αυτή την φάση της ζωής της, στην σύγχρονη εποχή όπου το στρες και η κατάθλιψη αυξάνονται.

5.2 Μεθοδολογία Έρευνας

Το ερωτηματολόγιο το οποίο καλούνταν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες αποτελείται από 34 ερωτήσεις. Οι αρχικές ερωτήσεις αφορούν γενικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το τρίμηνο εγκυμοσύνης, αν είναι η πρώτη φορά κύησης κλπ. Έπειτα υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν τις συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η άθληση. Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας δημιουργήθηκαν ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη, την στήριξη από τον σύζυγο, την στήριξη από την οικογένεια, τον φόβο για τον τοκετό και την ποιότητα ύπνου που απολαμβάνει μια γυναίκα κατά την κύηση. Οι περισσότερες απαντήσεις που είχαν στην διάθεση τους να επιλέξουν οι ερωτηθέντες λάμβαναν ποιοτικές τιμές όπως “ναι” και “όχι” και διατακτικές ποιοτικές τιμές ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας ή την συχνότητα που ένιωθαν κάποια πράγματα ή καταστάσεις. Υπήρχαν και απαντήσεις που λάμβαναν αριθμητικές τιμές όπως το πόσα παιδιά έχουν αποκτήσει, και πόσες φορές έχουν κυοφορήσει στο παρελθόν.

Κατά την παρουσίαση περιγραφικών στατιστικών δεν τροποποιήθηκε ο τύπος των μεταβλητών, ενώ κατά την επαγωγική στατιστική, για την δημιουργία των αναλύσεων, οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν μετατράπηκαν σε αριθμητικές. Συγκεκριμένα η απάντηση “ναι” έλαβε τον αριθμό 1 και η απάντηση “όχι” την τιμή 2.

Απαντήσεις που λάμβαναν ποιοτικές τιμές ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας μετατράπηκαν ως εξής:

- Διαφωνώ απόλυτα=1
- Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ=2
- Συμφωνώ απόλυτα=3.

Αυτός ο μετασχηματισμός έγινε σε κάθε ερώτηση που λάμβανε αυτές τις τιμές καθώς οι ερωτήσεις που λαμβάνουν τιμές “Συμφωνώ απόλυτα” (3) δήλωναν θετικό συναίσθημα ενώ συνέβαινε το αντίθετο για τις τιμές “Διαφωνώ απόλυτα” (1). Ως αναφορά τις απαντήσεις που δήλωναν συχνότητα σε κάποιο βίωμα αυτές λάμβαναν 5 τιμές: από Ποτέ έως Πολύ συχνά. Η μετατροπή τους σε αριθμητικές έγινε με βάση το αν δηλώνουν κάτι θετικό ή κάτι αρνητικό με βαθμολογία από το 1 έως το 5. Για παράδειγμα αν η απάντηση στην ερώτηση “Πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πηγαιναν όπως πρέπει;” ήταν “Πολύ συχνά” τότε η τιμή κωδικοποιούνταν με 5, ενώ αν η ίδια απάντηση υπήρχε για την ερώτηση “Πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε;” κωδικοποιούνταν με 1 γιατί δήλωνε αρνητικό συναίσθημα. Επίσης ερωτήσεις που είχαν ως απάντηση κατηγορικές τιμές από “Καθόλου” έως “Πάρα πολύ” κωδικοποιήθηκαν με την τιμή 5 για “Καθόλου” και τιμή 1 για “Πάρα πολύ”, καθώς αφορούσαν τον φόβο και την ανησυχία για την υγεία και τον τοκετό.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων μετρούσαν αν υπάρχουν διαφορές στους μέσους όρους δύο ή περισσότερων πληθυσμών με το T- Test και την ανάλυση One Way Anova αντίστοιχα. Ακόμα χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές που μετρούσαν την ένταση της συσχέτισης, γραμμικής ή απλά μονοτονικής, με τις μεθόδους Pearson Correlation ή Spearman rho αντίστοιχα.

5.3 Δείγμα της Έρευνας

Σε κάθε ποσοτική έρευνα είναι πολύ σημαντικό να οριστεί ένας αριθμός δείγματος ο οποίος να μπορεί με τις απαντήσεις του να δώσει μια αντιπροσωπευτική εικόνα για τον πληθυσμό. Ο αριθμός αυτός ποικίλει ανάλογα με τα ερωτήματα της μελέτης και τους γενικούς σκοπούς του ερευνητή. Στην παρούσα μελέτη το δείγμα αποτελείται από 147 γυναίκες που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν τα γρήγορα δείγματα που προσφέρουν τα πλεονέκτημα του μη περιορισμού του αριθμού των συμμετεχόντων και

της απλής εφαρμογής σε αντίθεση με την τυχαία δειγματοληψία. Το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε σε γνωστή πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης, το Facebook, κατά το χρονικό διάστημα 11 Ιουνίου 2022 έως 27 Ιουνίου 2022. Η τρέχουσα έρευνα δεν έθετε περιορισμό ως αναφορά την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και άλλους παράγοντες, με μόνο αναγκαίο κριτήριο την ύπαρξη εγκυμοσύνης κατά την απάντηση του.

5.4 Διαδικασία που ακολούθηθηκε

Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν μέσω του Google Forms και οι συμμετέχοντες προσφέρθηκαν εθελοντικά να απαντήσουν σε αυτά για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και τους επιμέρους στόχους της γραπτά στο πρώτο φύλλο του ερωτηματολογίου. Επίσης ενημερώθηκαν πως η συμμετοχή τους ήταν προαιρετική και το κατά μέσο όρο χρονικό διάστημα που θα απαιτούνταν να δαπανήσουν για την συμπλήρωση του. Έγινε γνωστό περίπου πότε θα διακοπεί η δημοσίευση του για να ξεκινήσει η ανάλυση των δεδομένων, και με σκοπό την προστασία των δεδομένων τους, σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας έγινε επιβεβαίωση ότι τα στοιχεία που παρείχαν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τον δηλωμένο σκοπό της έρευνας. Προσωπικά στοιχεία όπως ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο δεν ζητήθηκαν καθώς δεν θα ήταν χρήσιμα και θα δημιουργούσαν ανησυχία στους ερωτηθέντες.

Για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το δημοφιλέστατο λογισμικό Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 27 το οποίο διακρίνεται για την φιλική διεπαφή με τον χρήστη και για τις πολλές δυνατότητες που προσφέρει. Η λήψη του έγινε από το διαδίκτυο με δωρεάν δοκιμαστική περίοδο ενός μήνα. Η εξαγωγή των συμπερασμάτων χωρίζεται σε 2 πυλώνες: τα αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής και τα αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής. Κατά την περιγραφική στατιστική δεν αλλάξαμε τύπο στις τιμές των μεταβλητών, καθώς θεωρήθηκε ότι ήταν καλύτερο να παρουσιαστούν όπως δηλώθηκαν για να απαντηθούν από τους ερωτηθέντες. Χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα και πίτες για την απεικόνιση της κατανομής των απαντήσεων. Έτσι εξήχθησαν κάποιες βασικές πληροφορίες για το δείγμα. Επίσης όπου κρίθηκε απαραίτητο χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα που μετρούν ταυτόχρονα την απάντηση σε 2 ερωτήσεις για να φανεί αν είναι δυνατόν κάποια τάση. Οι επαγωγικές στατιστικές μεθοδολογίες

χρησιμοποιήθηκαν για να προσδιοριστεί αν υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών στο δείγμα και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για αυτό τον σκοπό θεωρήθηκαν τα πιο κατάλληλα για τον αριθμό των μεταβλητών και το είδος τους.

5.5 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

1. Υπάρχει κάποια αλληλοσυσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αλκοόλ, κάπνισμα και άθληση?
2. Σχετίζεται η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα ή η άθληση με την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη?
3. Σχετίζεται ο βαθμός στήριξης από τον σύζυγο με την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη?
4. Σχετίζεται ο βαθμός στήριξης από την οικογένεια με την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη?
5. Σχετίζεται η ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό?
6. Σχετίζεται η ψυχολογία πριν την εγκυμοσύνη με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό?
7. Σχετίζεται η ηλικία με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό και με την ψυχολογία κατά την εγκυμοσύνη?
8. Σχετίζεται το αν είναι η πρώτη φορά κύησης με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό και με την ψυχολογία κατά την εγκυμοσύνη?

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

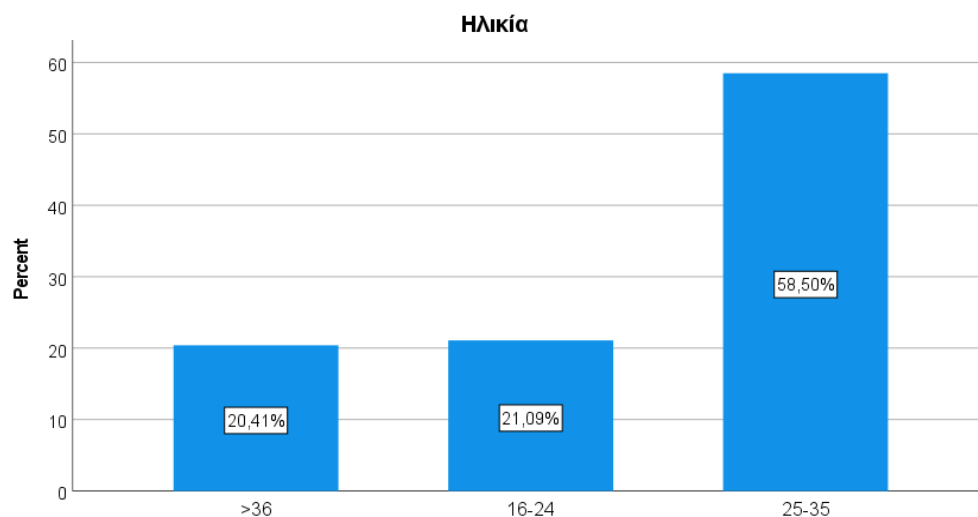
6.1 Περιγραφική Στατιστική

Αρχικά κατηγοριοποιούμε τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σε οκτώ ομάδες: Γενικά Χαρακτηριστικά, Συνήθειες κατά την Εγκυμοσύνη, Ψυχολογική Κατάσταση πριν την Εγκυμοσύνη, Ψυχολογία κατά την Εγκυμοσύνη, Στήριξη από την Οικογένεια, Στήριξη από τον σύζυγο, Ανησυχία και Φόβος για τον τοκετό και Ύπνος.

6.1.1 Ομάδα 1: Γενικά Χαρακτηριστικά.

Σε αυτή την ομάδα εντάσσονται οι ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5 του ερωτηματολογίου και αφορούν γενικές πληροφορίες για την γυναίκα και την κύηση της.

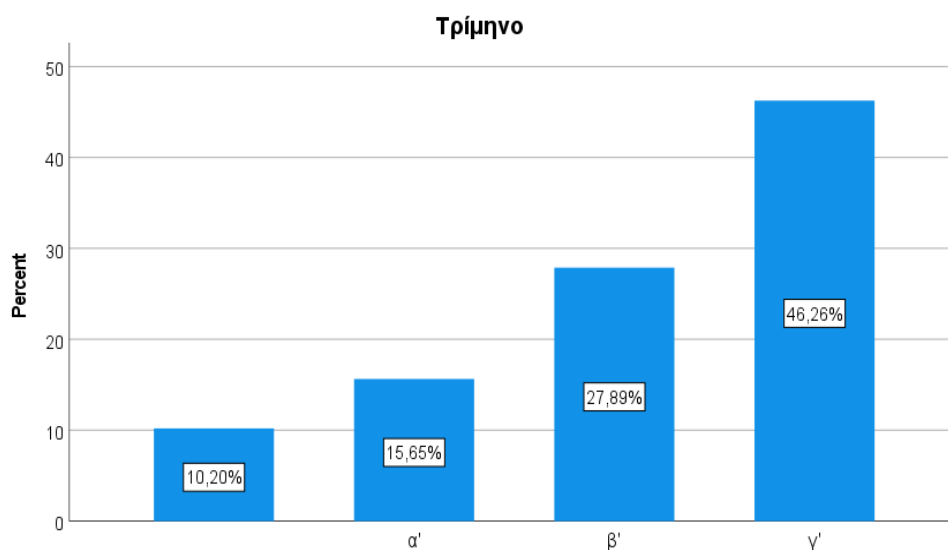
Ερώτηση 1: Ηλικία



Διάγραμμα 1: Ηλικιακή ομάδα ερωτηθέντων

Η ηλικία έχει χωριστεί σε 3 κατηγορίες, 16-24 ετών, 25-35 ετών και >35 ετών. Η πλειοψηφία του δείγματος (58,5%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-35, το 21,09% στην ηλικιακή ομάδα 16-24 και το 20,41% στην ηλικιακή ομάδα >36 ετών.

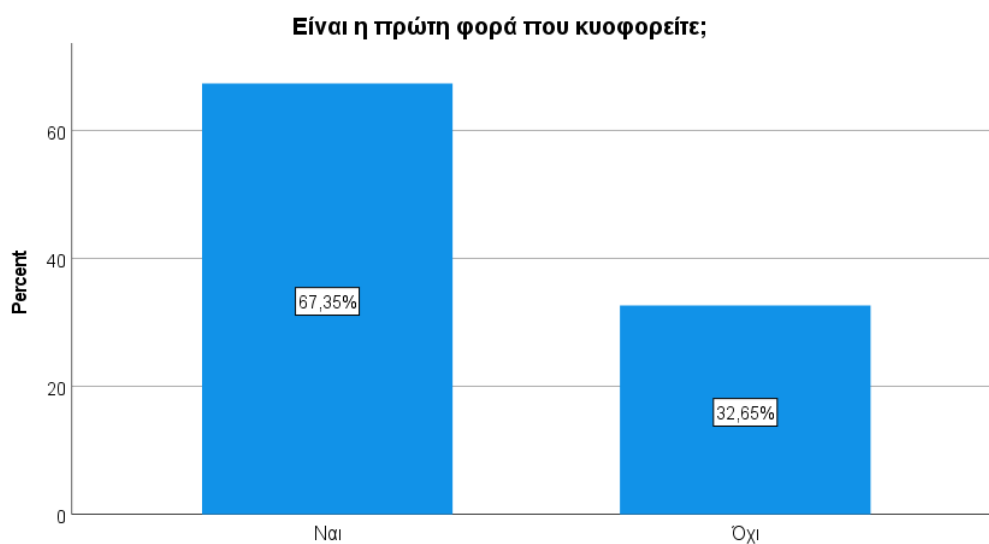
Ερώτηση 2: Τρίμηνο κύησης



Διάγραμμα 2: Τρίμηνο κύησης Ερωτηθέντων

Το 46,26% δήλωσαν ότι διανύουν το 3ο τρίμηνο κύησης, το 27,89% ότι διανύουν το 2ο τρίμηνο, το 15,65% ότι διανύουν το 1ο τρίμηνο και το υπόλοιπο 10,20% των ερωτηθέντων δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση.

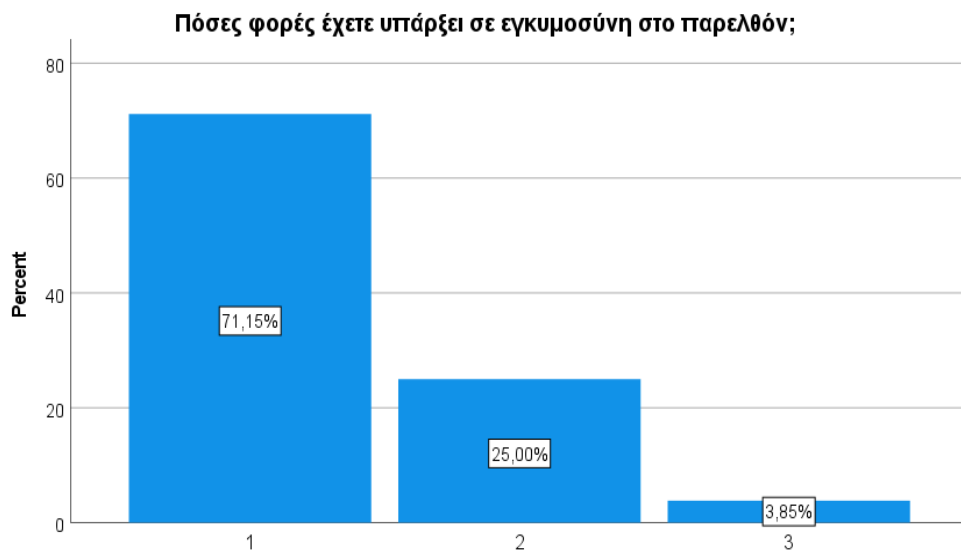
Ερώτηση 3: Είναι η πρώτη φορά που κυοφορείται;



Διάγραμμα 3: Είναι η πρώτη φορά που κυοφορείται;

Η πλειοψηφία των γυναικών (57,35%) απάντησαν πως είναι η πρώτη φορά που κυοφορούν ενώ το 32,65% έχει κυοφορήσει ξανά στο παρελθόν.

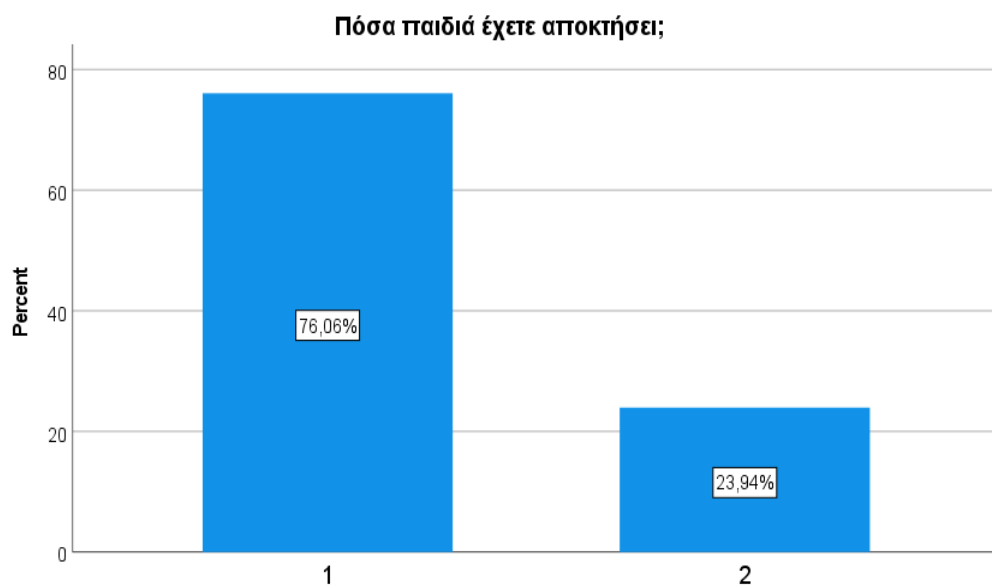
Ερώτηση 4: Φορές κύησης στο παρελθόν



Διάγραμμα 4: Πόσες φορές έχετε υπάρξει σε εγκυμοσύνη στο παρελθόν;

Από τις ερωτηθέντες που απάντησαν ότι έχουν κυοφορήσει ξανά στο παρελθόν, το 71,15% απάντησαν πως έχουν κυοφορήσει 1 φορά, το 25% 2 φορές και το 3,85% 3 φορές.

Ερώτηση 5: Αριθμός τέκνων



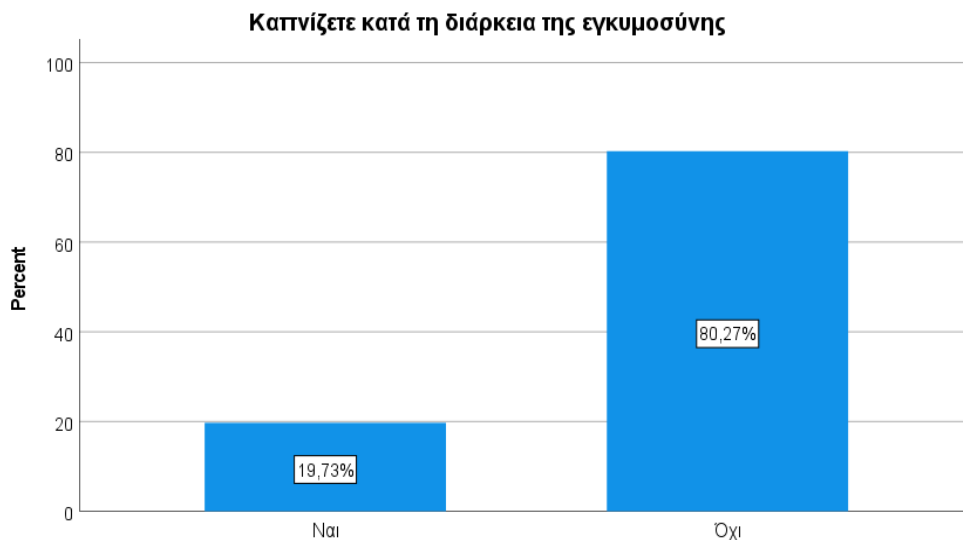
Διάγραμμα 5: Αριθμός τέκνων

Από τις ερωτηθέντες που απάντησαν ότι έχουν κυοφορήσει ξανά στο παρελθόν το 76,06% έχει αποκτήσει ένα παιδί και το 23,94% 2 παιδιά. Το ποσοστό των γυναικών που έχει αποκτήσει 1 παιδί είναι μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών που έχουν κυοφορήσει 1 φορά γιατί μερικές από τις γυναίκες που κυφόρησαν 2 ή 3 φορές απέκτησαν 1 παιδί, κάτι που είναι λογικό εφόσον μπορεί να μην συνεχίστηκε η εγκυμοσύνη.

6.1.2 Ομάδα 2: Συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη

Σε αυτή την ομάδα ερωτήσεων εντάσσονται οι ερωτήσεις 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12 και εξετάζονται συγκεκριμένες συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η άθληση.

Ερώτηση 6: Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη



Διάγραμμα 6: Καπνίζετε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Στην ερώτηση για το αν καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης το 19,73% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι καπνίζουν, ενώ το 80,27% δήλωσαν ότι δεν καπνίζουν.

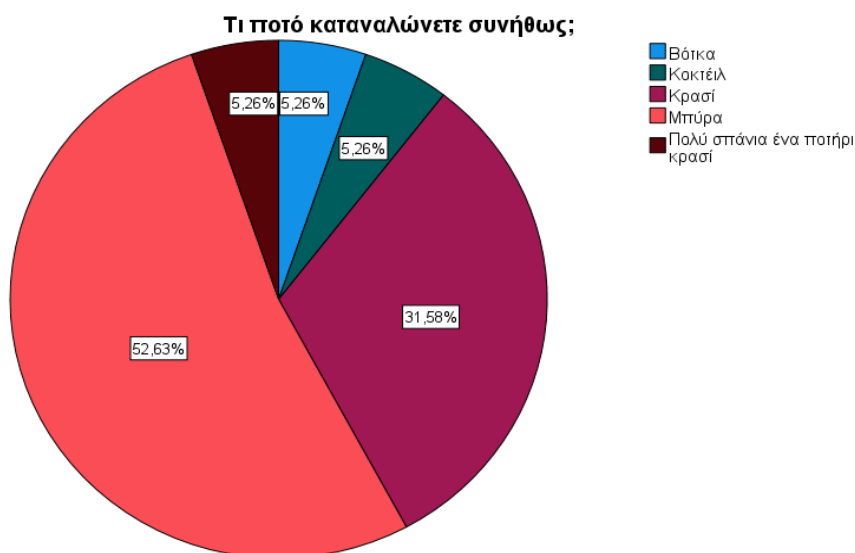
Ερώτηση 7: Αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη



Διάγραμμα 7: Καταναλώνετε αλκοόλ ;

Από τους συμμετέχοντες μόνο το 11,55% (17 γυναίκες) δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το υπόλοιπο 88,44% δήλωσε ότι δεν καταναλώνει.

Ερώτηση 8: Τι ποτό καταναλώνετε;

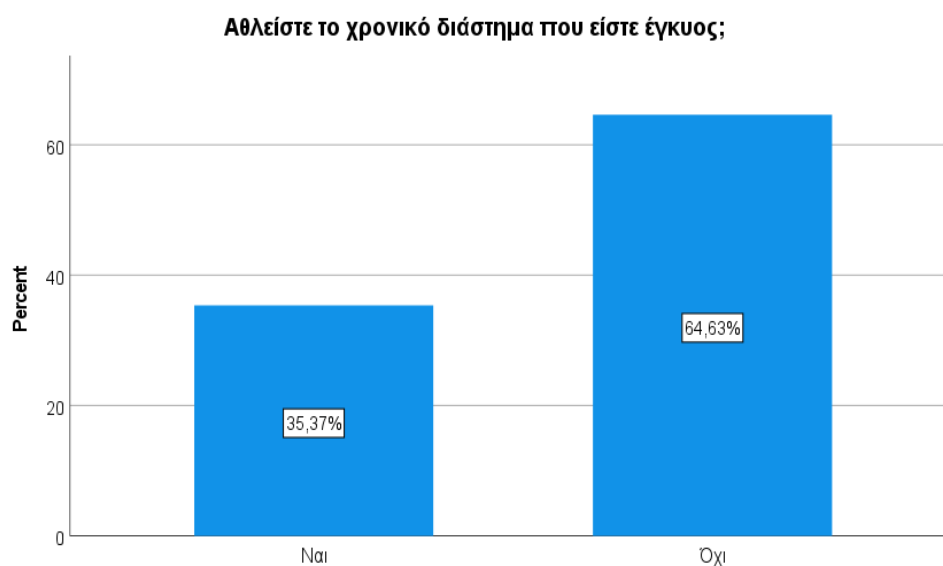


Διάγραμμα 8: Τι αλκοόλ καταναλώνετε;

Σε αυτό το ερώτημα απάντησαν το 12,9% δηλαδή 19 γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών (52,63%) καταναλώνουν μπύρα, το 31,58% κρασί, το 5,26% (1

άτομο) απάντησε πως καταναλώνει κοκτέιλ, ακόμα ένα 5,26% (1 άτομο) του δείγματος απάντησε πως πολύ σπάνια καταναλώνει 1 ποτήρι κρασί και τέλος το άλλο 5,26% (1 άτομο) απάντησε πως καταναλώνει βότκα.

Ερώτηση 9: Άθληση κατά την εγκυμοσύνη



Διάγραμμα 9: Αθλείστε το χρονικό διάστημα που είστε έγκυος;

Στην ερώτηση για το αν αθλούνται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η πλειοψηφία (64,63%) απάντησε όχι, ενώ το 35,37% απάντησε ναι.

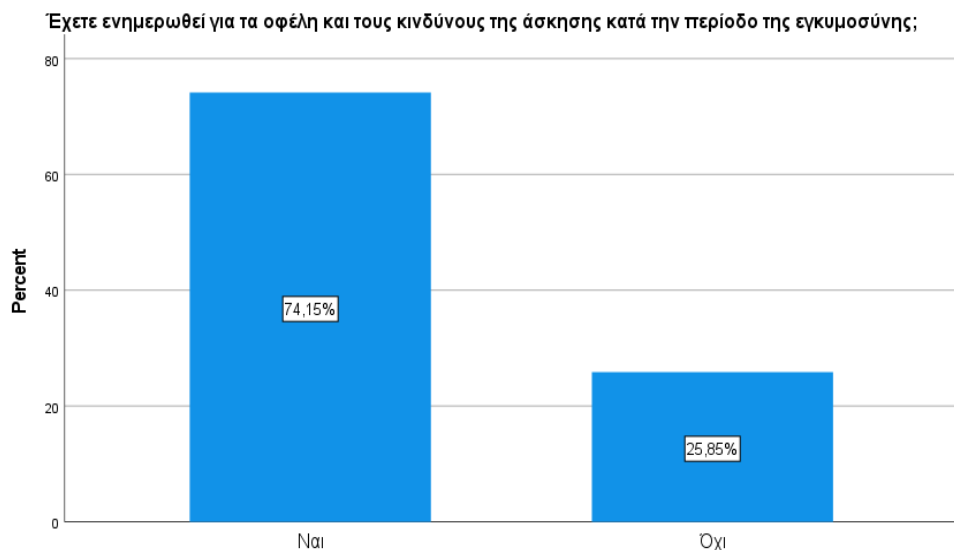
Ερώτηση 10: Είδος Αθλήματος



Διάγραμμα 10: Τι είδους άθλημα κάνετε την παρούσα χρονική περίοδο;

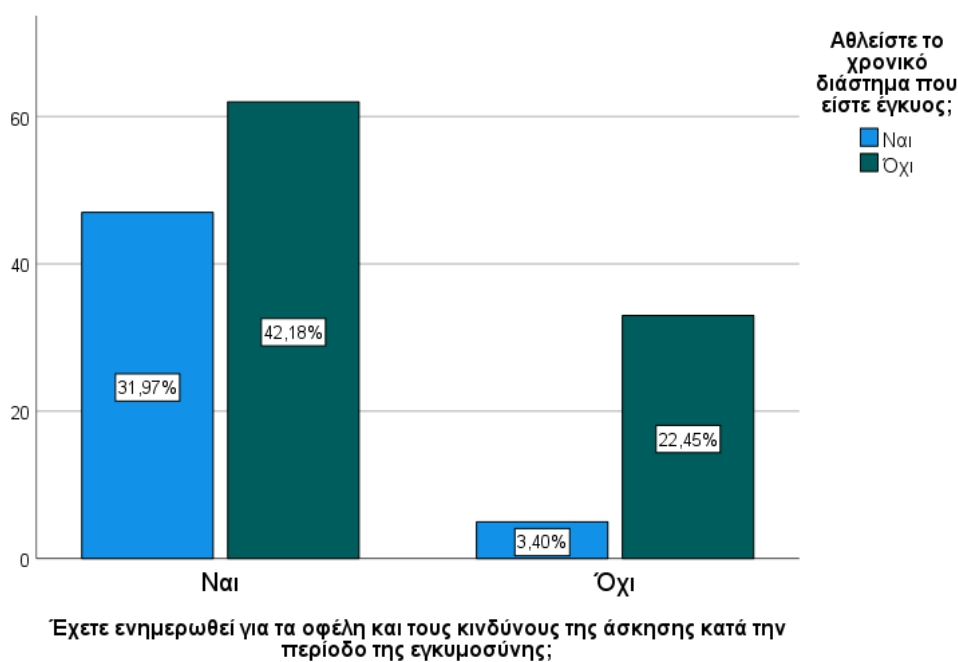
Έπειτα οι γυναίκες που δήλωσαν ότι αθλούνται ερωτήθηκαν τι είδους άθλημα κάνουν. Η πλειοψηφία απάντησε το περπάτημα, ενώ παρατηρούνται μικρά ποσοστά στα υπόλοιπα αθλήματα. Συγκεκριμένα το 7,27% δήλωσαν ότι κάνουν Yoga, το 5,45% δήλωσε ότι κάνει χορό. Στα άλλα είδη άθλησης όπως το personal, το crossfit, η γυμναστική εδάφους ενδυνάμωσης, το χαλαρό περπάτημα και το αναγκαστικό περπάτημα είχαν το κάθε ένα ποσοστό 1,82% δηλαδή 1 απάντηση.

Ερώτηση 11: Ενημέρωση για κινδύνους και οφέλη άθλησης κατά την εγκυμοσύνη



Διάγραμμα 11: Έχετε ενημερωθεί για τους κινδύνους και τα οφέλη της άσκησης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης;

Από όλο το δείγμα το 74,15% απάντησαν πως έχουν ενημερωθεί για τα οφέλη και τους κινδύνους της άσκησης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ το 25,85% δεν έχουν ενημερωθεί.

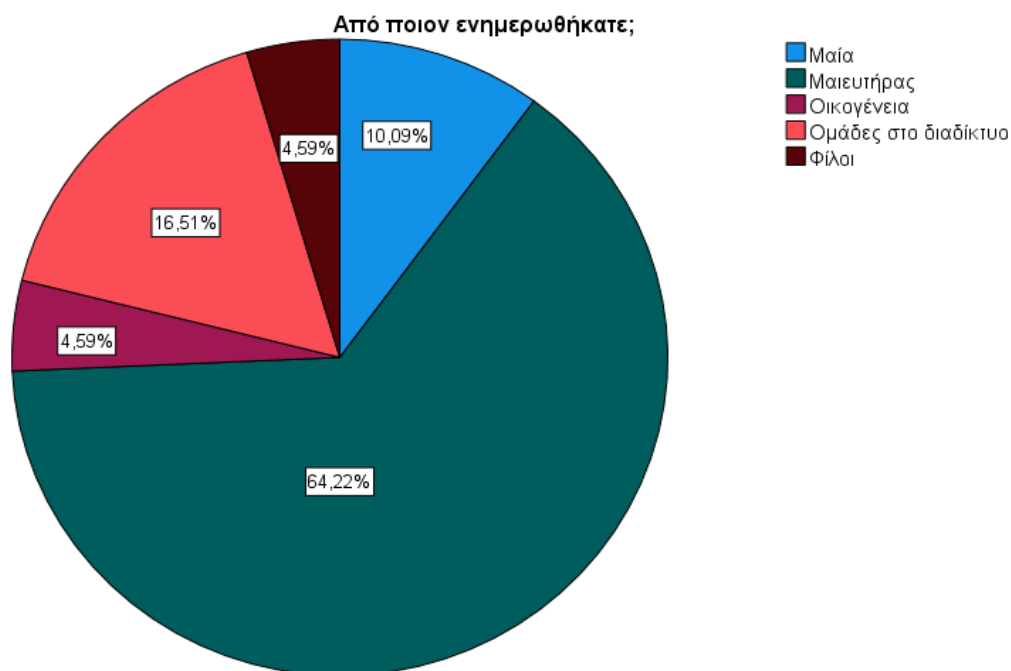


Διάγραμμα 12 : Αθληση κατά την εγκυμοσύνη και ενημέρωση

Από το διάγραμμα παραπάνω φαίνεται πως οι γυναίκες που έχουν ενημερωθεί για τα οφέλη και τους κινδύνους της άσκησης τείνουν να αθλούνται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα από το 74,15% που έχουν λάβει ενημέρωση το 31,97%

αθλείται και το 42,18% δεν αθλείται, ενώ από τις γυναίκες που δεν έχουν λάβει σχετική ενημέρωση μόνο το 3,4% αθλείται.

Ερώτηση 12: Πηγή ενημέρωσης για οφέλη και κινδύνους άθλησης κατά την εγκυμοσύνη



Διάγραμμα 13: Από ποιον ενημερωθήκατε;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (64,22%) που έχουν ενημερωθεί έλαβαν αυτή την ενημέρωση από τον μαιευτήρα τους, το 16,51% από ομάδες στο διαδίκτυο, το 10,09% από την μαία, το 4,59% από τους φίλους και το άλλο 4,59% από την οικογένεια.

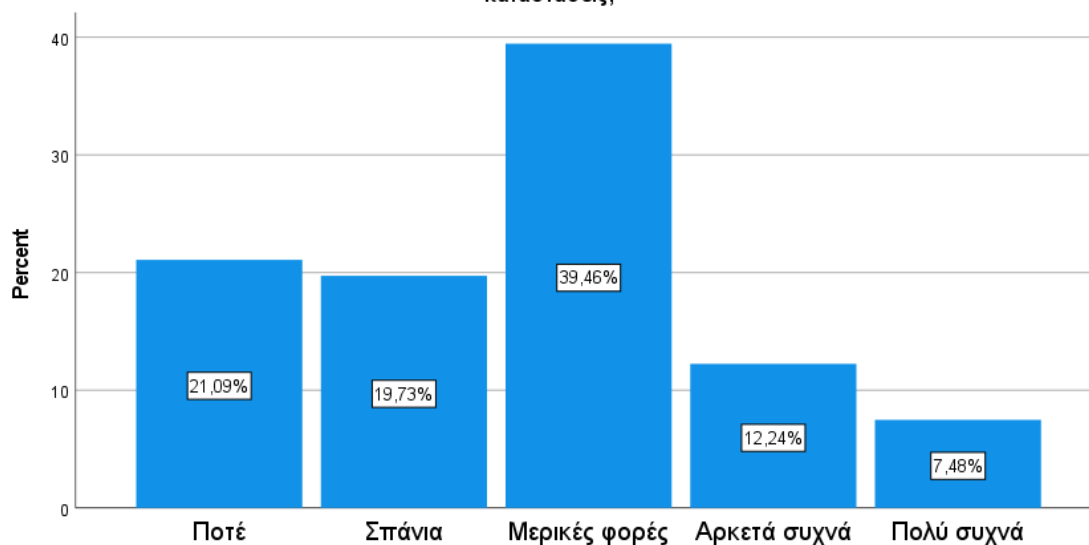
6.1.3 Ομάδα 3: Ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη.

Αυτή η ομάδα ερωτήσεων εξετάζει την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη ως αναφορά κυρίως συναισθήματα όπως η αδυναμία αντιμετώπισης προβλημάτων και έλλειψης ελέγχου σε σημαντικά πράγματα στην ζωή. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν οι

ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16. Οι απαντήσεις μετρούνται σε μια κατηγορική κλίμακα που εκφράζει την συχνότητα του συναισθήματος.

Ερώτηση 13: Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε σημαντικά για την ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;

Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;

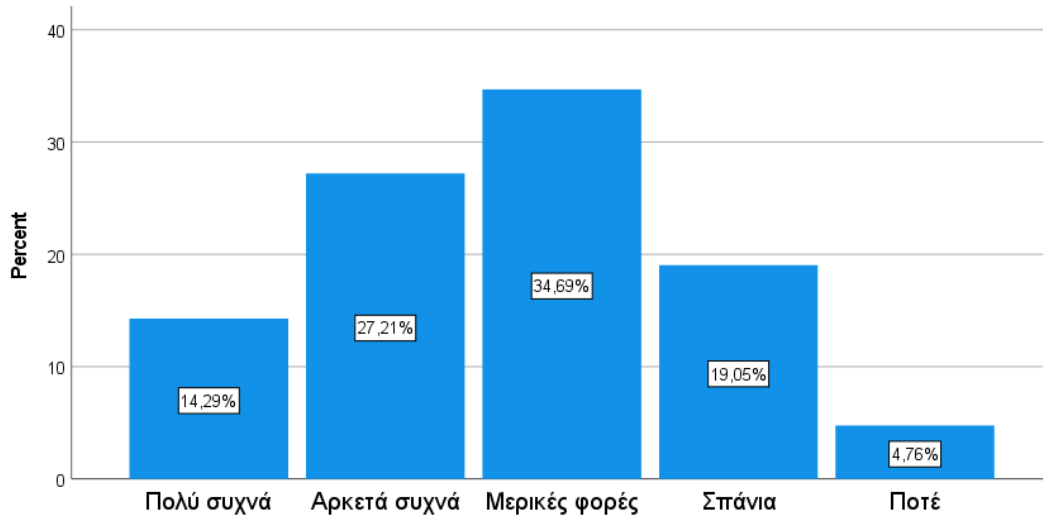


Διάγραμμα 14: Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε σημαντικά για την ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;

Το 21,09% των ερωτηθέντων απάντησε πως ποτέ δεν έχει νιώσει αυτό το συναίσθημα τον τελευταίο καιρό, το 19,73% απάντησε πως έχει αισθάνεται έτσι σπάνια, το 39,46% μερικές φορές, το 12,24% αρκετά συχνά ενώ μόλις το 7,41% αισθάνεται έτσι πολύ συχνά.

Ερώτηση 14: Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητα διαχείρισης προσωπικών προβλημάτων;

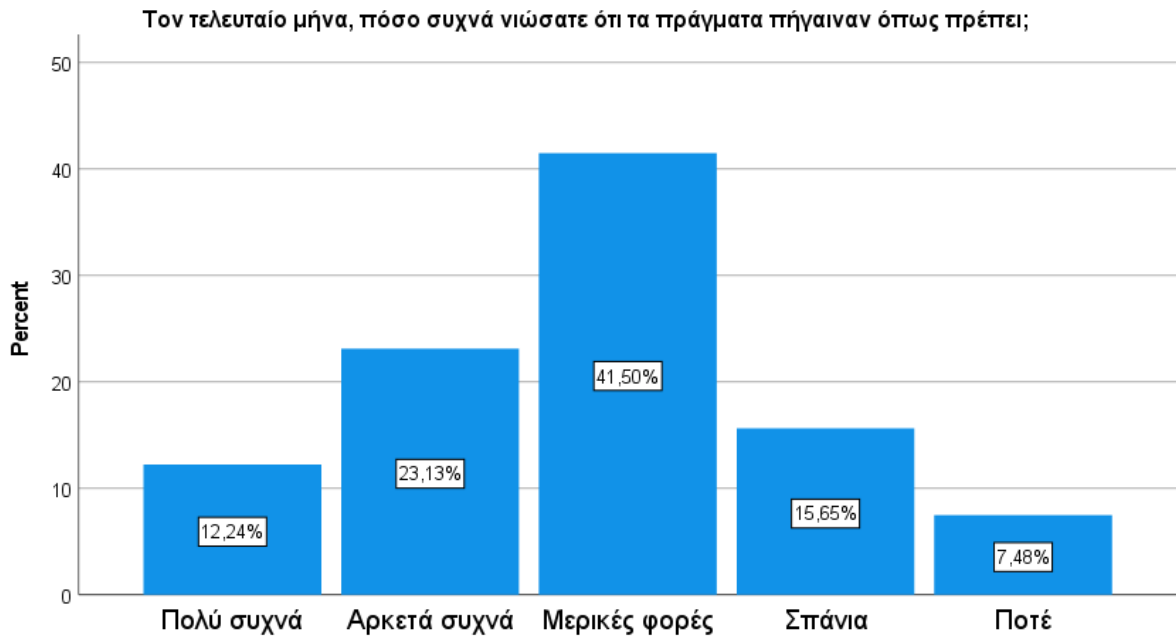
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;



Διάγραμμα 15: Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητα διαχείρισης προσωπικών προβλημάτων;

Το 14,29% νιώθουν πολύ συχνά τον τελευταίο μήνα, σίγουροι για την ικανότητα τους να χειρίζονται τα προσωπικά τους προβλήματα, το 27,21% νιώθουν αυτό το συναίσθημα αρκετά συχνά, το 34,69% μερικές φορές, το 19,05% σπάνια και το 4,76% δεν έχουν νιώσει ποτέ σίγουροι για την ικανότητα διαχείρισης προσωπικών τους προβλημάτων.

Ερώτηση 15: Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πηγαιναν όπως πρέπει;

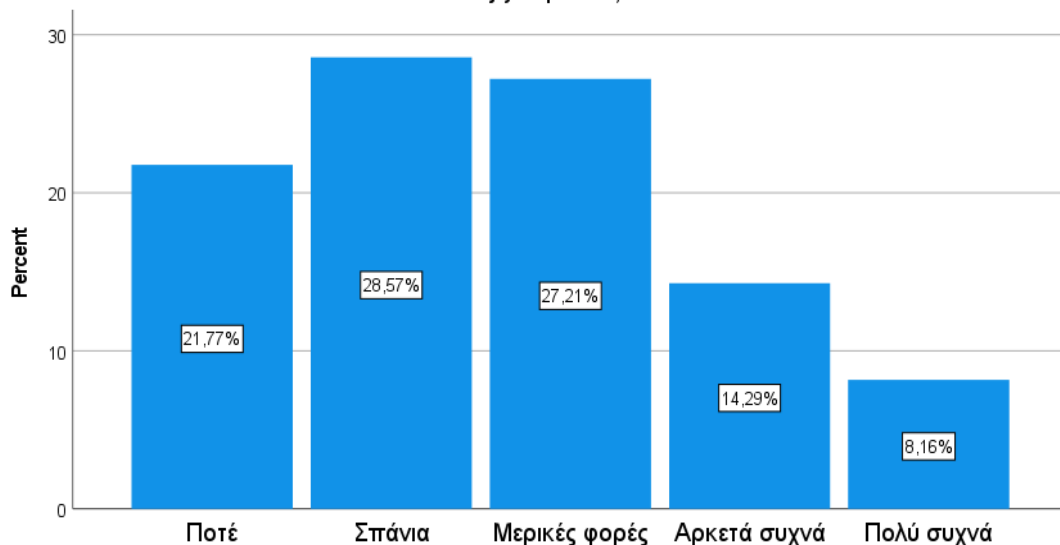


Διάγραμμα 16: Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;

Το 12,24% των ερωτηθέντων απάντησαν πως πολύ συχνά ένιωσαν πως τον τελευταίο μήνα τα πράγματα πήγαιναν όπως έπρεπε, το 23,13% απάντησαν πως είχαν αυτό το συναίσθημα αρκετά συχνά, το 41,5% μερικές φορές, το 15,55% σπάνια και το 7,48% ποτέ.

Ερώτηση 16: Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;

Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;



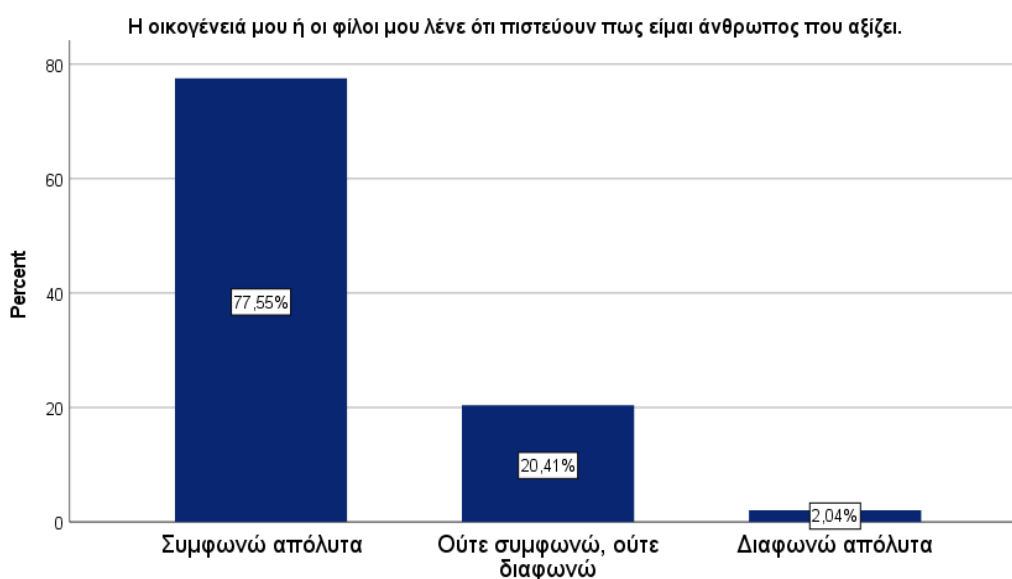
Διάγραμμα 17: Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;

Σε αυτή την ερώτηση το 21,77% απάντησε πως ποτέ δεν ένιωσε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο ώστε να μην μπορούν να τις ξεπεράσει, το 28,57% απάντησαν πως σπάνια, το 27,21% μερικές φορές, το 14,23% αρκετά συχνά και το 8,16% νιώθει πολύ συχνά ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται τόσο πολύ που δεν μπορεί να τις ξεπεράσει.

6.1.4 Ομάδα 4: Στήριξη από οικογένεια και φίλους

Σε αυτή την ομάδα ερωτήσεων ερευνώνται θέματα που αφορούν την εντύπωση που έχουν η οικογένεια και οι φίλοι για τον ερωτώμενο και την βοήθεια που πιστεύει ότι μπορούν να του παρέχουν σε συναισθηματικό και οικονομικό επίπεδο. Παρουσιάζονται κάποιες φράσεις και δίνονται 3 επιλογές απάντησης ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας σε αυτές. Οι ερωτήσεις που ανήκουν σε αυτή την ομάδα είναι οι 17, 18, 19, 20 και 21.

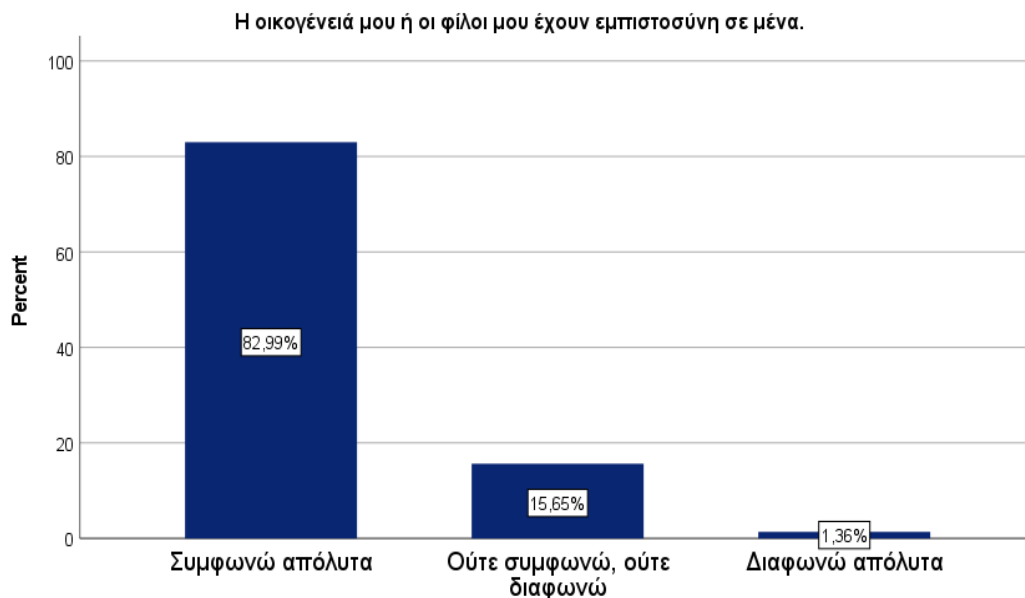
Ερώτηση 17: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι που πιστεύουν πως είμαι άνθρωπος που αξίζει;



Διάγραμμα 18: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι που πιστεύουν πως είμαι άνθρωπος που αξίζει;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (77,55%) δήλωσαν πως η οικογένεια ή οι φίλοι τους πιστεύουν πως είναι άνθρωποι που αξίζουν, το 20,41% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με αυτή την φράση και μόνο το 2,04% διαφωνούν απόλυτα.

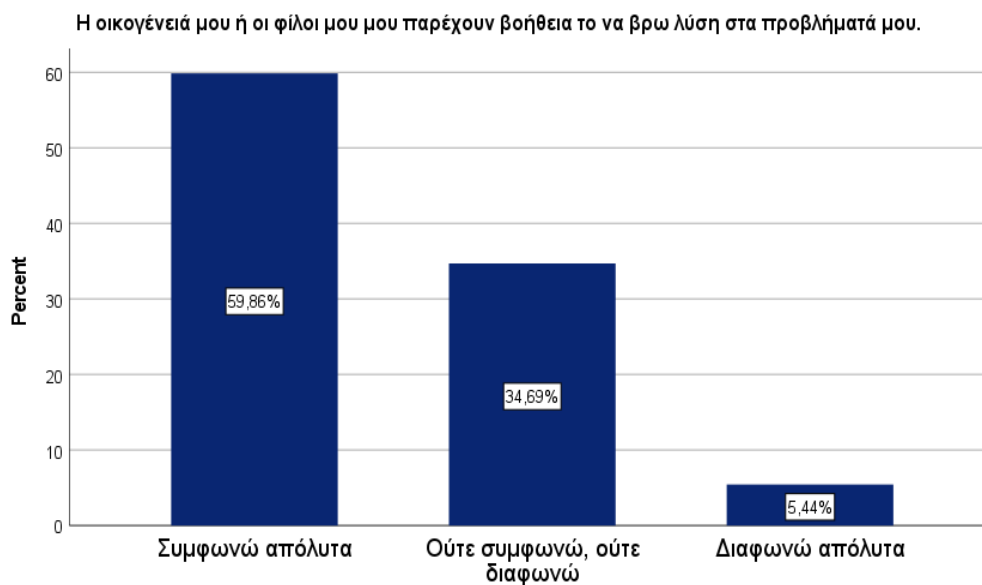
Ερώτηση 18: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι μου έχουν εμπιστοσύνη σε εμένα;



Διάγραμμα 19: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι μου έχουν εμπιστοσύνη σε εμένα;

Το μεγαλύτερο με διαφορά ποσοστό (82,99%) δήλωσε πως η οικογένεια ή οι φίλοι τους έχουν εμπιστοσύνη, το 15,65% έδωσαν ουδέτερη απάντηση και το 1,36% θεωρούν πως η οικογένεια ή οι φίλοι τους δεν τους εμπιστεύονται.

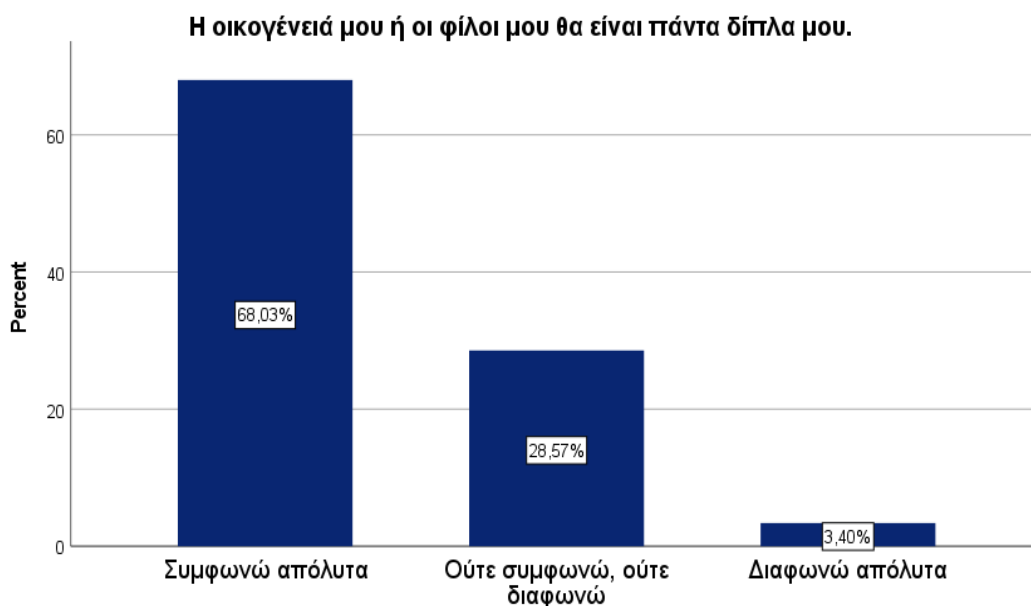
Ερώτηση 19: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι μου μου παρέχουν βοήθεια για να βρω λύση στα προβλήματα μου;



Διάγραμμα 20: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι μου μου παρέχουν βοήθεια για να βρω λύση στα προβλήματα μου;

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που αφορούν την στήριξη από την οικογένεια, εδώ παρατηρείται ότι υπάρχει περισσότερο μια ουδέτερη και αρνητική απάντηση, δηλαδή περισσότεροι ερωτηθέντες δεν συμφωνούν απόλυτα ότι η οικογενεια ή οι φίλοι τους παρέχουν βοήθεια στο να βρουν λύση στα προβλήματα τους. Συγκεκριμένα το 59,86% συμφωνούν απόλυτα, το 34,69% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και το 5,44% διαφωνούν με αυτή την φράση.

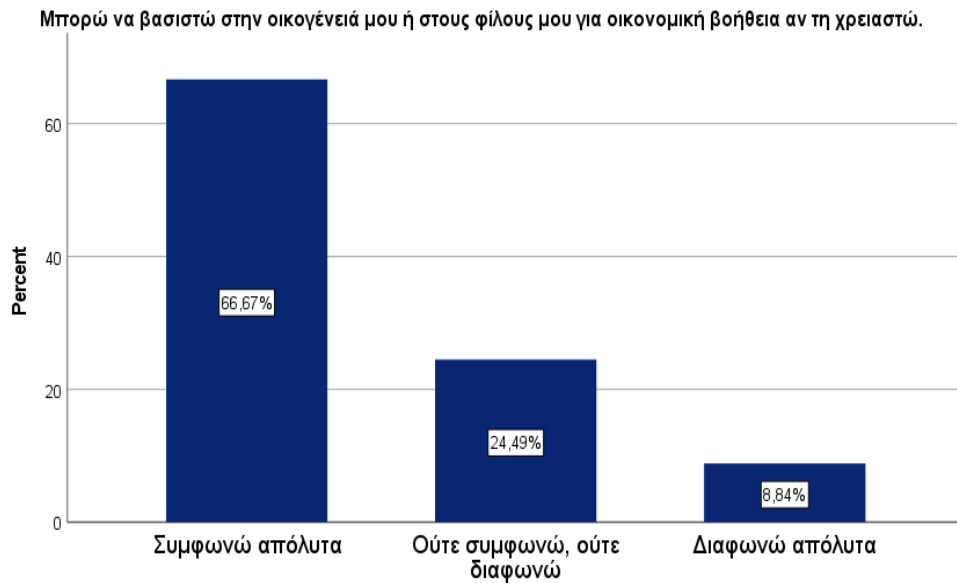
Ερώτηση 20: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι μου θα είναι πάντα δίπλα μου;



Διάγραμμα 21: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Η οικογένεια ή οι φίλοι μου θα είναι πάντα δίπλα μου;

Το 68,03% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι συμφωνεί απόλυτα με το ότι η οικογένεια ή οι φίλοι τους θα είναι πάντα δίπλα τους, το 28,57% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με αυτή την φράση και το 3,4 % πιστεύουν ότι η οικογένεια ή οι φίλοι τους δεν θα είναι πάντα δίπλα τους.

Ερώτηση 21: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Μπορώ να βασιστώ στην οικογένεια ή στους φίλους μου για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστώ;



Διάγραμμα 22: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Μπορώ να βασιστώ στην οικογένεια ή στους φίλους μου για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστώ;

Σε αυτό το ερώτημα σε σχέση με τα υπόλοιπα που αφορούν την στήριξη υπήρχε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό που διαφωνεί απόλυτα με αυτή την φράση (8,84%), ενώ το 66,67% δήλωσε ότι μπορεί να βασιστεί για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστεί και το 24,49% έχει ουδέτερη στάση.

6.1.5 Ομάδα 5: Στήριξη από τον σύζυγο.

Σε αυτή την ομάδα ερωτήσεων περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 22, 23, 24, 25 και 26 που αφορούν την οικονομική και συναισθηματική στήριξη που αισθάνονται οι γυναίκες από τον σύντροφο κατά την εγκυμοσύνη, αλλά και για την βοήθεια που πιστεύουν ότι θα λάβουν από εκείνον όταν έρθει το μωρό. Σε αυτές τις ερωτήσεις οι απαντήσεις είναι κλειστού τύπου ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας. Σημειώνεται ότι 2 γυναίκες δεν απάντησαν σε όλη την ομάδα ερωτήσεων καθώς δεν είχαν σύντροφο και 1 γυναίκα επιπλέον δεν απάντησε στην ερώτηση 25 πιθανόν από παράλειψη.

Ερώτηση 22: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφο μου για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστώ?

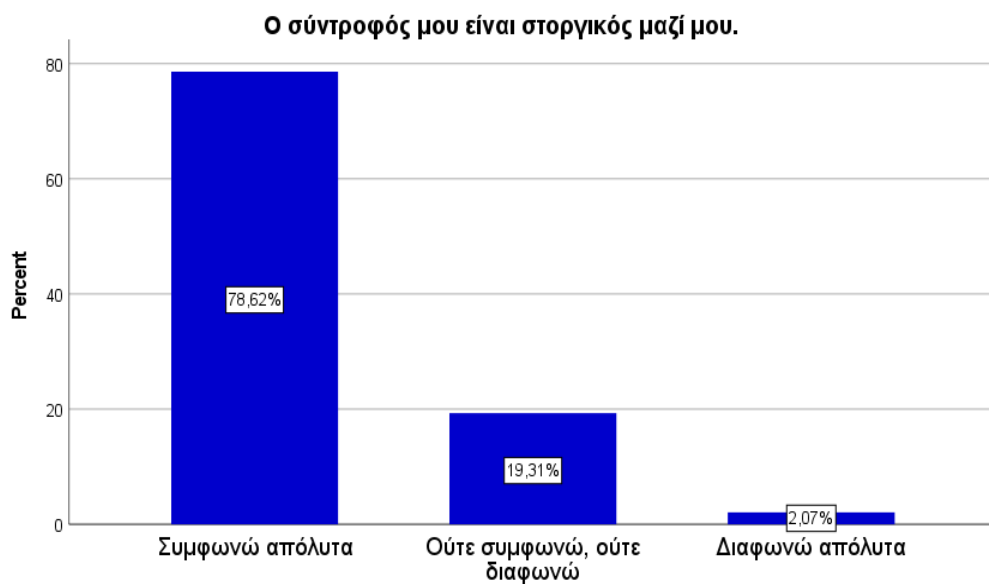
Statistics						
		Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου για οικονομική βοήθεια αν τη χρειαστώ.	Ο σύντροφός μου είναι στοργικός μαζί μου.	Ο σύντροφός μου θα βοηθήσει πολύ όταν έλθει το μωρό.	Ο σύντροφός μου καταλαβαίνει πώς αισθάνομαι.	Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι.
N	Valid	145	145	145	144	145
	Missing	2	2	2	3	2



Διάγραμμα 23: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Μπορώ να βασιστώ στο σύντροφο μου για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστώ?

Το 77,24% συμφωνούν απόλυτα στο ότι μπορούν να βασιστούν στον σύντροφο τους για οικονομική βοήθεια, το 21,83% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί για το αν μπορεί να βασιστεί και μόλις το 1,38% αισθάνεται ότι δεν μπορεί να βασιστεί.

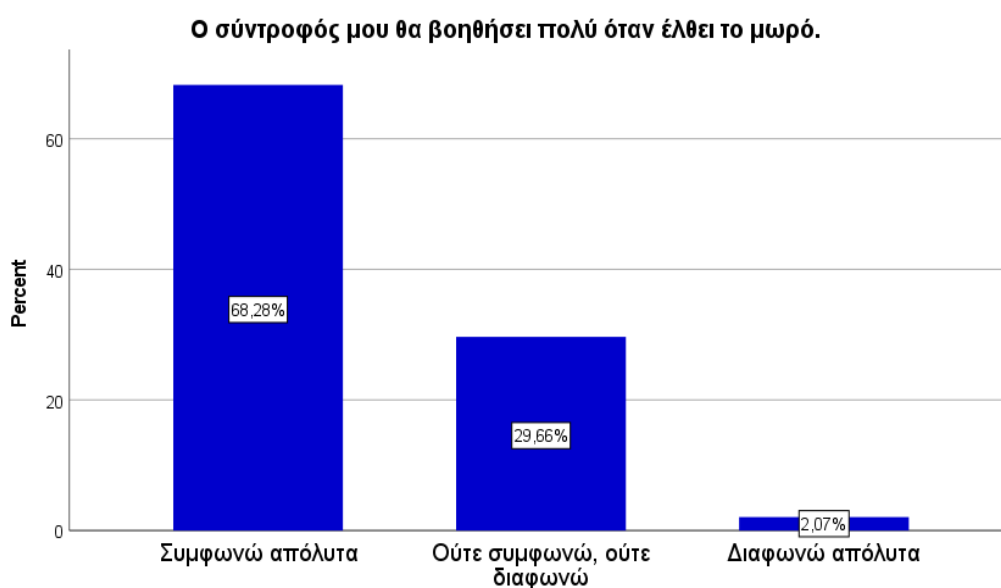
Ερώτηση 23: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ο σύντροφος μου είναι στοργικός μαζί μου;



Διάγραμμα 24: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ο σύντροφος μου είναι στοργικός μαζί μου;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα στο ότι ο σύντροφος τους είναι στοργικός μαζί τους, το 19,31% έχει ουδέτερη στάση και το 2,07% δήλωσε πως ο σύντροφος τους δεν είναι στοργικός μαζί τους.

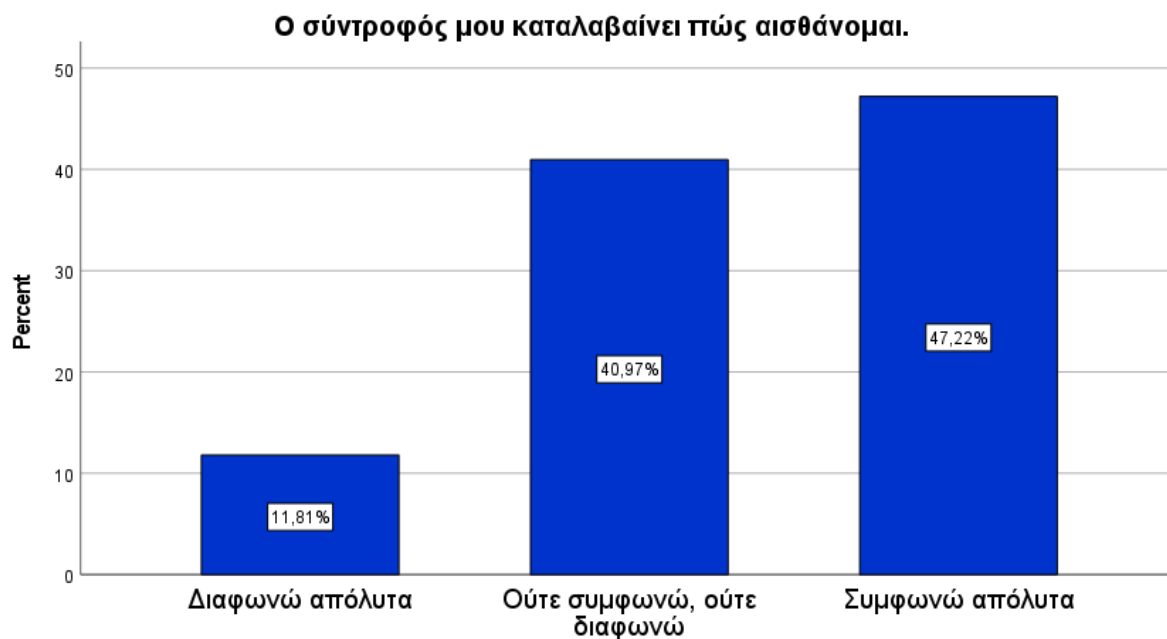
Ερώτηση 24: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ο σύντροφος μου θα βοηθήσει πολύ όταν έρθει το μωρό;



Διάγραμμα 25 : Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ο σύντροφος μου είναι στοργικός μαζί μου;

Η πλειοψηφία (68,29%) θεωρούν πως ο σύντροφος θα βοηθήσει πολύ όταν έρθει το μωρό και μόλις το 2,07% πιστεύουν ότι ο σύντροφος δεν θα βοηθήσει ενώ το υπόλοιπο 29,66% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν.

Ερώτημα 25: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ο σύντροφος μου καταλαβαίνει πως αισθάνομαι;



Διάγραμμα 26 : Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ο σύντροφος μου καταλαβαίνει πως αισθάνομαι;

Σε σχέση με τις άλλες ερωτήσεις που αφορούν την στήριξη του συζύγου, οι ερωτηθέντες στο αν ο σύντροφος καταλαβαίνει πως αισθάνονται απάντησαν λιγότερο θετικά με μόλις το 47,22% να συμφωνεί απόλυτα, αυξάνοντας την συχνότητα της ουδέτερης απάντησης στο 40,97% και με τις περισσότερες αρνητικές απαντήσεις που δηλώνουν διαφωνία της τάξης του 11,81%.

Ερώτηση 26: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφο μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι;



Διάγραμμα 27 : Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφο μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι;

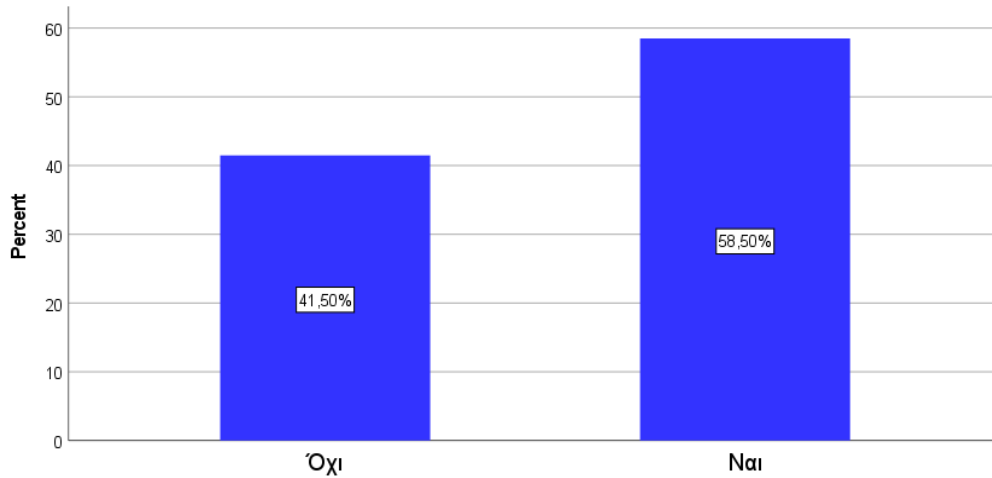
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (79,31%) συμφωνούν απόλυτα στο ότι μπορούν να βασιστούν στον σύντροφο τους ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζονται, το 17,24% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και το 3,45% διαφωνούν απόλυτα.

6.1.6 Ομάδα 6: Ψυχολογική κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη

Σε αυτή την ενότητα ανήκουν 2 ερωτήσεις, η 27 και η 28, που εξετάζεται η συναισθηματική κατάσταση πριν την κύηση, ως αναφορά το μειωμένο ενδιαφέρον και το αίσθημα πίεσης για χρονικό ορίζοντα τουλάχιστον 2 εβδομάδων καθώς και το αν υπήρχε κάποια διάγνωση για κατάθλιψη από κάποιον ειδικό. Οι απαντήσεις που θα μπορούσαν να επιλεγούν είναι 2, "ναι" και "όχι".

Ερώτηση 27: Πριν από αυτή την εγκυμοσύνη υπήρχε κάποια χρονική περίοδος μου αισθανόσασταν πιεσμένη ή ότι είχατε γάσει το ενδιαφέρον σας για ευχάριστες δραστηριότητες; το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον 2 εβδομάδες;

Πριν από αυτήν την εγκυμοσύνη, υπήρχε κάποια χρονική περίοδος που αισθανόσασταν πεσμένη ή ότι είχατε χάσει το ενδιαφέρον σας για ευχάριστες δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες;

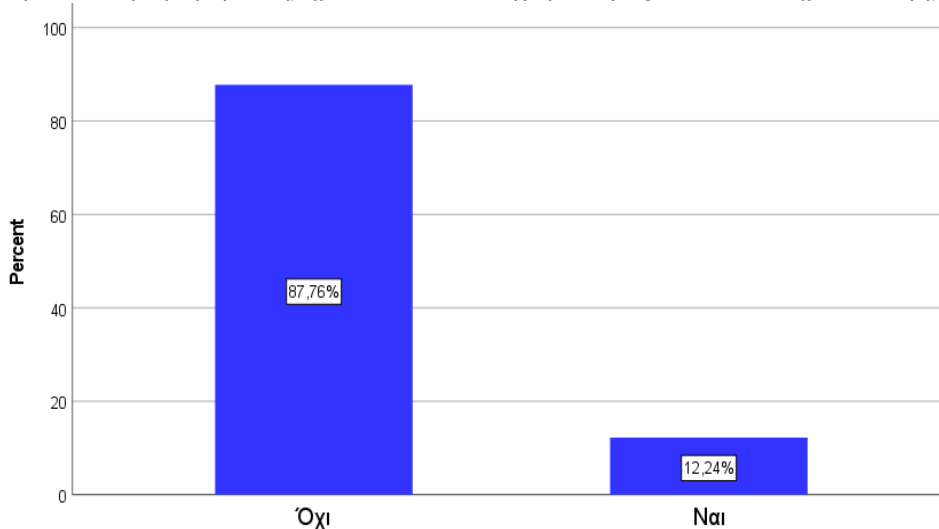


Διάγραμμα 28 : Πριν από αυτή την εγκυμοσύνη υπήρχε κάποια χρονική περίοδος που αισθανόσασταν πεσμένη ή ότι είχατε χάσει το ενδιαφέρον σας για ευχάριστες δραστηριότητες; το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον 2 εβδομάδες;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (58,5%) απάντησε πως είχε χάσει το ενδιαφέρον της για ευχάριστες δραστηριότητες ή έχει νιώσει πίεση σχεδόν καθημερινά για τουλάχιστον 2 εβδομάδες ενώ το 41,5% δεν έχει νιώσει κάτι τέτοιο.

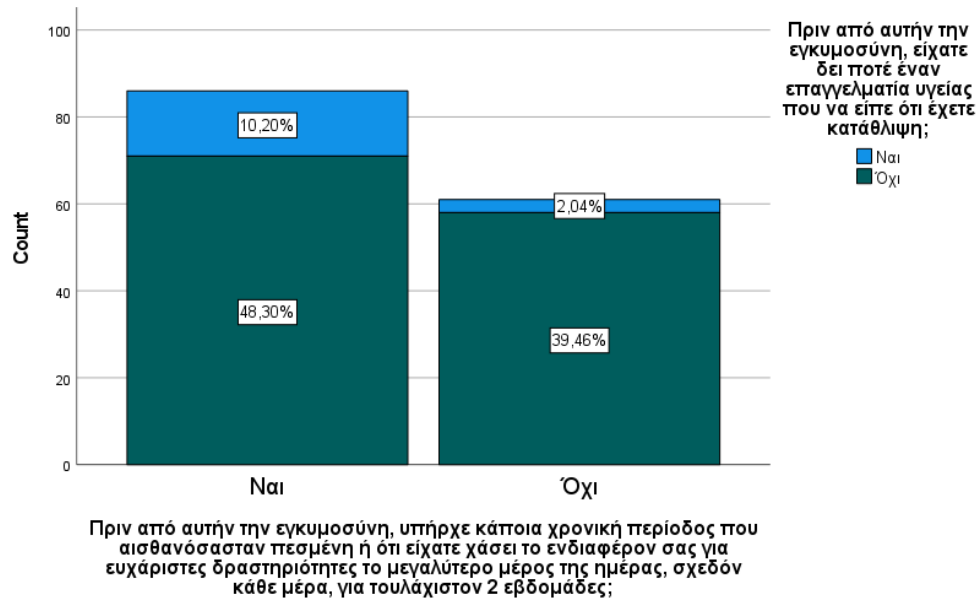
Ερώτηση 28: Πριν από αυτή την εγκυμοσύνη είχατε δει επαγγελματία υγείας που να είχε κατάθλιψη;

Πριν από αυτήν την εγκυμοσύνη, είχατε δει ποτέ έναν επαγγελματία υγείας που να είχε κατάθλιψη;



Διάγραμμα 29 : Πριν από αυτή την εγκυμοσύνη είχατε δει επαγγελματία υγείας που να είπε ότι έχετε κατάθλιψη;

Το 87,76% δήλωσαν ότι δεν έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη πριν από την εγκυμοσύνη και το 12,24% έχουν.



Διάγραμμα 30: Χαμηλό ενδιαφέρον και διάγνωση κατάθλιψης

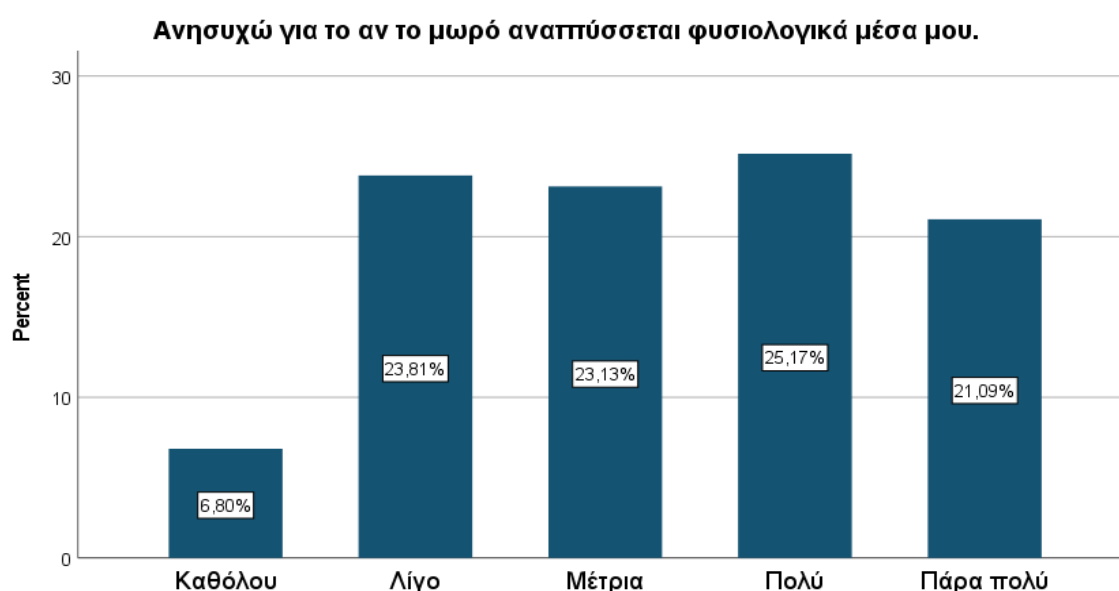
Από το διάγραμμα παραπάνω παρατηρούμε πως οι περισσότερες γυναίκες που απάντησαν πως έχουν νιώσει πεισμένες ή με χαμηλό ενδιαφέρον για ευχάριστες δραστηριότητες σε σχεδόν καθημερινή βάση για 2 τουλάχιστον εβδομάδες είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη στο παρελθόν (10,20%) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν νιώσει πίεση και χαμηλό ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη (2,04%).

6.1.7 Ομάδα 7: Φόβος και ανησυχία για την υγεία και τον τοκετό

Αυτή η ομάδα εστιάζει σε ανησυχίες και φόβους που μπορεί να βιώνουν οι γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και σχετίζονται με την υγεία και ανάπτυξη του μωρού, με την δικιά τους υγεία κατά την εγκυμοσύνη αλλά και τον τοκετό, και με προβλήματα κατά την παραλαβή του βρέφους. Οι ερωτήσεις που εντάσσονται σε αυτή

την ομάδα είναι οι: 29, 30, 31, 32 και 33. Οι απαντήσεις είναι κλειστού τύπου σε μια διατακτική κατηγορική κλίμακα ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας με την φράση.

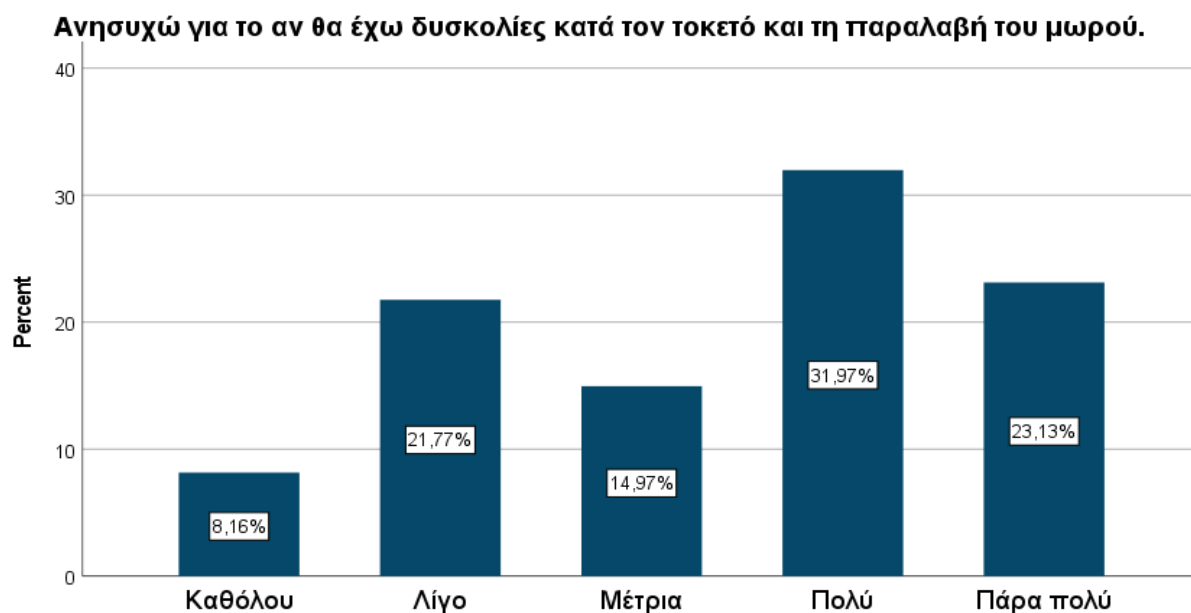
Ερώτηση 29: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ανησυχώ για το αν το μωρό αναπτύσσεται φυσιολογικά μέσα μου;



Διάγραμμα 31: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ανησυχώ για το αν το μωρό αναπτύσσεται φυσιολογικά μέσα μου;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων(25,17%) δήλωσε πως ανησυχεί πολύ για την φυσιολογική ανάπτυξη του μωρού κατά την εγκυμοσύνη, μικρότερο ποσοστό της τάξης του 23,81% ανησυχεί λίγο, το 23,13% ανησυχεί μέτρια, το 21,09% ανησυχεί πάρα πολύ και μόνο το 6,8% δεν ανησυχεί καθόλου.

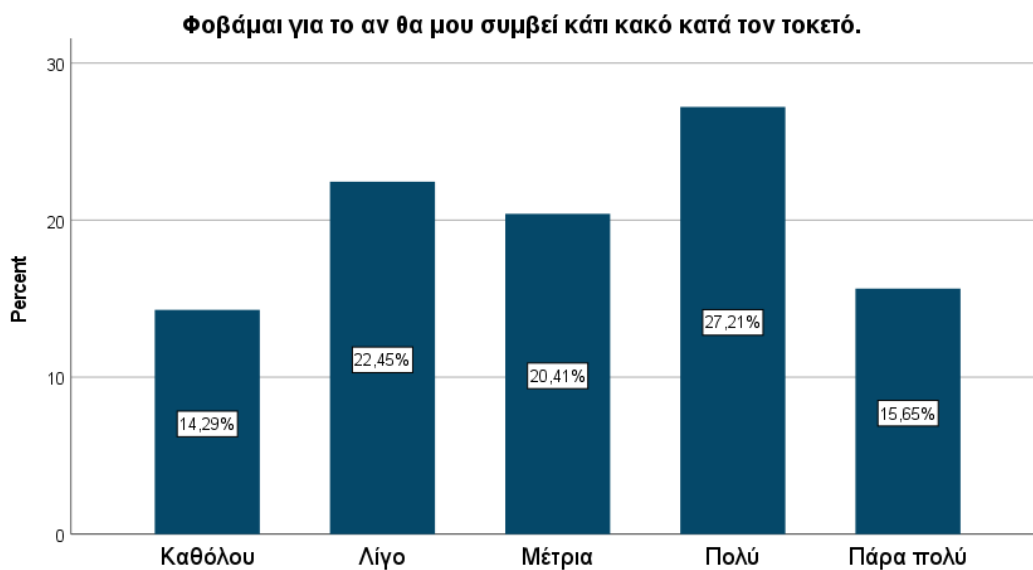
Ερώτηση 30: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ανησυχώ για το αν θα έχω δυσκολίες κατά τον τοκετό και την παραλαβή του μωρού;



Διάγραμμα 32: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ανησυχώ για το αν θα έχω δυσκολίες κατά τον τοκετό και την παραλαβή του μωρού;

Στο αν ανησυχούν για το αν θα υπάρχουν δυσκολίες στον τοκετό και την παραλαβή του μωρού οι περισσότεροι (31,97%) απάντησαν ότι ανησυχούν πολύ και πάρα πολύ (23,13%), ενώ το 21,77% δήλωσαν λίγο, το 14,97% μέτρια και το 8,16% καθόλου. Σε αυτό το ερώτημα σε σχέση με τα άλλα ερωτήματα της ομάδας, οι απαντήσεις έδειξαν το μεγαλύτερο επίπεδο ανησυχίας, αφού οι περισσότερες απαντήσεις είχαν συγκεντρωθεί στην τιμή "Πολύ" και "Πάρα πολύ".

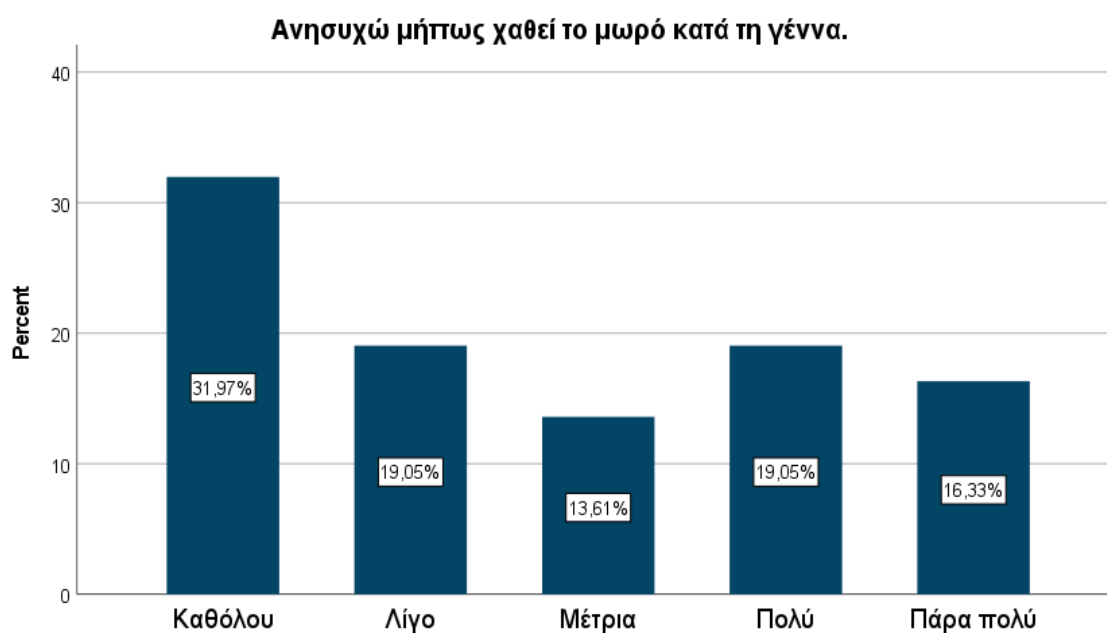
Ερώτηση 31: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Φοβάμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό;



Διάγραμμα 33: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Φοβάμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό;

Στο ερώτημα για το αν οι ερωτηθέντες φοβούνται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό το 27,21% απάντησαν πολύ, το 22,45% απάντησαν λίγο, το 20,41% μέτρια, το 15,65% πάρα πολύ και το 14,29% καθόλου.

Ερώτηση 32: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ανησυχώ μήπως χαθεί το μωρό κατά τη γέννα;



Διάγραμμα 34: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Ανησυχώ μήπως χαθεί το μωρό κατά τη γέννα;

Σε αυτό το ερώτημα σε σχέση με τα υπόλοιπα της ομάδας 7, οι συμμετέχοντες δήλωσαν την χαμηλότερη ανησυχία με την πλειοψηφία (31,94%) να απαντά πως δεν ανησυχεί καθόλου ότι το μωρό θα χαθεί κατά τη γέννα, το 19,05% να ανησυχεί λίγο, επίσης το άλλο 19,05% να ανησυχεί πολύ, το 16,33% να ανησυχεί πάρα πολύ και το 13,61% λίγο.

Ερώτηση 33: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Με ανησυχεί η ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μου?



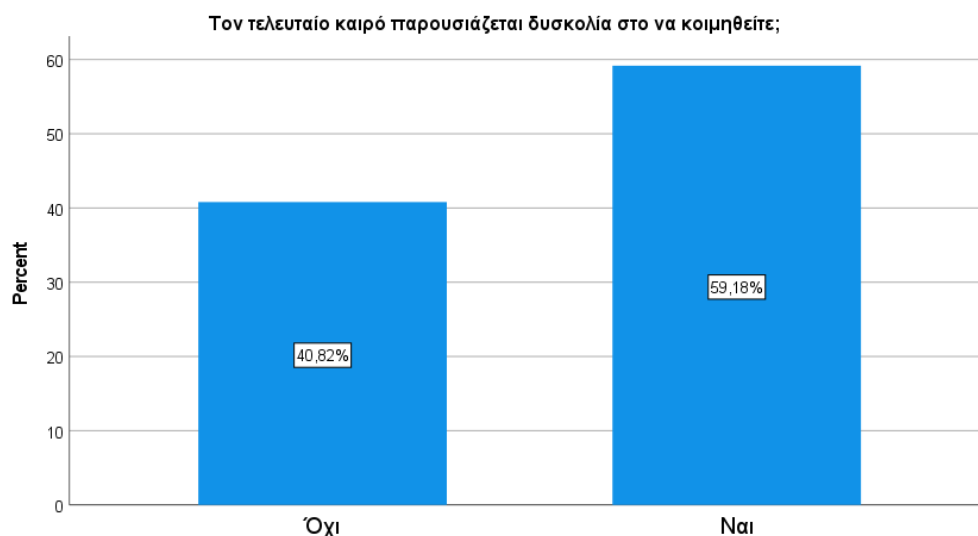
Διάγραμμα 35: Πόσο συμφωνείτε με την φράση: Με ανησυχεί η ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μου;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (26,53%) δήλωσαν ότι ανησυχούν λίγο στο αν θα αναπτύξουν ιατρικά προβλήματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 23,13% ανησυχούν πολύ, το 21,09% ανησυχούν πάρα πολύ, το 14,97% δεν ανησυχούν καθόλου και το 14,29% ανησυχούν μέτρια.

6.1.8 Ομάδα 8: Ύπνος

Σε αυτή την ομάδα ανήκει μόνο μια ερώτηση, η 34.

Ερώτηση 34: Τον τελευταίο καιρό παρουσιάζεται δυσκολία στο να κοιμηθείτε;



Διάγραμμα 36: Τον τελευταίο καιρό παρουσιάζεται δυσκολία στο να κοιμηθείτε;

Στην ερώτηση για το αν έχουν δυσκολίες στον ύπνο το 59,18% απάντησαν ναι ενώ το 40,82% απάντησαν όχι.

6.2 Επαγωγική Στατιστική

Παρουσίαση των μεθόδων.

T-Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών: Το T-Test είναι μια ευρέως στατιστικά χρησιμοποιούμενη μέθοδος για να ελεγχθεί αν τα μέσα δύο πληθυσμών διαφέρουν με στατιστική σημαντικότητα σε ένα επίπεδο εμπιστοσύνης που ορίζει ο ερευνητής, συνήθως 95% ή 99%. Πριν την εξέταση των αποτελεσμάτων αυτού του ελέγχου υποθέσεων πραγματοποιείται αυτόματα από το λογισμικό το τεστ του Levene όπου μας πληροφορεί αν οι διακυμάνσεις των δύο πληθυσμών μπορούν να θεωρηθούν ως ίσες. Ακόμα και αν οι διακυμάνσεις αυτές δεν είναι ίσες το T-Test δίνει αξιόπιστα συμπεράσματα αφού υπολογίζει το t και την σημαντικότητα Sig και σε αυτή την περίπτωση.

One Way Anova: Όταν υπάρχουν παραπάνω από 2 πληθυσμοί και θέλουμε να ελέγξουμε αν οι απαντήσεις τους διαφέρουν, τότε χρησιμοποιούμε την μέθοδο One Way Anova. Η μηδενική υπόθεση θεωρεί τους n μέσους ως ίσους, ενώ η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης αν $\text{sig} < 0,05$, για επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, θεωρεί ότι οι μέσοι

όροι διαφέρουν. Όταν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση η ανάλυση Anova δεν μας πληροφορεί σε ποιές ομάδες οι μέσοι όροι διαφέρουν και συνήθως για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται άλλα τεστ όπως το Tukey's Honest Significant Difference test.

Pearson Correlation: Ο συντελεστής r του Pearson μετρά την γραμμική συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών που εκφράζονται κυρίως σε συνεχή αριθμητικές τιμές. Το r κυμαίνεται από -1 έως 1 για αρνητική και θετική συσχέτιση αντίστοιχα. Η απόλυτη τιμή του r μας πληροφορεί για την ένταση της συσχέτισης και γενικά ισχύει:

- $r < 0,2$ Καθόλου ή σχεδόν καθόλου συσχέτιση.
- $r < 0,5$ Ασθενής συσχέτιση.
- $r < 0,7$ Μέτρια συσχέτιση.
- $r > 0,7$ Ισχυρή συσχέτιση.

Spearman Correlation: Στη στατιστική, ο συντελεστής συσχέτισης κατάταξης του Spearman ή ο ρ του Spearman, είναι ένα μη παραμετρικό μέτρο της συσχέτισης κατάταξης (στατιστική εξάρτηση μεταξύ των ταξινομήσεων δύο μεταβλητών). Αξιολογεί πόσο καλά μπορεί να περιγραφεί η σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών χρησιμοποιώντας μια μονοτονική συνάρτηση. Είναι πιο κατάλληλη μέθοδος για μεταβλητές σε διατακτικές κλίμακες

Μια μονοτονική σχέση είναι μια σχέση που όσο αυξάνεται η τιμή μιας μεταβλητής, αυξάνεται και η τιμή της άλλης μεταβλητής, ή καθώς η τιμή μιας μεταβλητής αυξάνεται, η άλλη τιμή μεταβλητής μειώνεται αλλά όχι ακριβώς με σταθερό ρυθμό, ενώ σε μια γραμμική σχέση ο ρυθμός μεταβολής είναι σταθερός.

Απαντήσεις σε Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Υπάρχει κάποια αλληλοσυσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αλκοόλ, κάπνισμα και άθληση?

Correlations

			Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Καταναλώνετε αλκοόλ;	Αθλείστε το χρονικό διάστημα που είστε έγκυος;
Spearman's rho	Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Correlation Coefficient	1,000	,195*	,027
		Sig. (2-tailed)	.	,018	,750
		N	147	147	147
	Καταναλώνετε αλκοόλ;	Correlation Coefficient	,195*	1,000	,044
		Sig. (2-tailed)	,018	.	,598
		N	147	147	147
	Αθλείστε το χρονικό διάστημα που είστε έγκυος;	Correlation Coefficient	,027	,044	1,000
		Sig. (2-tailed)	,750	,598	.
		N	147	147	147

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 1: Συσχέτιση Spearman για αλκοόλ, κάπνισμα και άθληση

Επειδή οι μεταβλητές αλκοόλ, κάπνισμα και άθληση δεν λαμβάνουν συνεχής τιμές προτιμήθηκε για την μέτρηση της συσχέτισης η μέθοδος Spearman. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($\text{sig } 0,018 < 0,05$) μεταξύ των μεταβλητών κάπνισμα και αλκοόλ. Η συσχέτιση αυτή είναι θετική και αρκετά ασθενής αφού το $\rho = 0,195$. Δεν παρατηρείται κάποια άλλη συσχέτιση που να είναι στατιστικά σημαντική.

2. Σχετίζεται η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα ή η άθληση με την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη;

Αλκοόλ και ψυχολογική κατάσταση

Group Statistics

	Καταναλώνετε αλκοόλ;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Ναι	17	3,3529	,86177	,20901
	Όχι	130	3,3462	1,19891	,10515
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Ναι	17	2,4706	1,06757	,25892
	Όχι	130	3,3769	1,03628	,09089
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Ναι	17	2,4706	,87447	,21209
	Όχι	130	3,2615	1,06788	,09366
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Ναι	17	3,0000	1,00000	,24254
	Όχι	130	3,4692	1,22752	,10766

Πίνακας 2: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Equal variances assumed	3,112	,080	,023	145	,491	,982	,00679	,30085	-,58783	,60
	Equal variances not assumed			,029	24,926	,489	,977	,00679	,23397	-,47516	,48
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Equal variances assumed	,067	,795	-3,380	145	<,001	<,001	-,90633	,26817	-1,43636	-,37
	Equal variances not assumed			-3,303	20,148	,002	,004	-,90633	,27441	-1,47848	-,33
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Equal variances assumed	,472	,493	-2,926	145	,002	,004	-,79095	,27036	-1,32531	-,25
	Equal variances not assumed			-3,411	22,742	,001	,002	-,79095	,23185	-1,27087	-,31
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Equal variances assumed	3,985	,048	-1,510	145	,067	,133	-,46923	,31065	-1,08323	,14
	Equal variances not assumed			-1,768	22,817	,045	,090	-,46923	,26536	-1,01841	,07

Πίνακας 3: Αποτελέσματα T test για αλκοόλ και ψυχολογική κατάσταση

Τεστ Levene: Οι διακυμάνσεις είναι ίσες μεταξύ των 2 πληθυσμών (δηλαδή αυτών που καταναλώνουν και αυτών που δεν καταναλώνουν αλκοόλ) στις 3 από τις 4 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα μόνο για την ερώτηση “Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;” οι διακυμάνσεις των 2 πληθυσμών διαφέρουν επειδή Levene’s Sig 0,048 < 0,05. Αυτό

σημαίνει πως στο T-test σε αυτή την ερώτηση θα εξεταστεί η δεύτερη γραμμή “Equal variances not assumed.

T-Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών:

$H_0 : \mu_1 = \mu_2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Τα αποτελέσματα του T Test έδειξαν πως δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των πληθυσμών που καταναλώνουν αλκοόλ και αυτών που δεν καταναλώνουν ως αναφορά την ερώτηση “Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για την ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;” καθώς Sig 0,982>0,05 και αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση.

Για την ερώτηση “Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητα σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα” απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση, αφού Sig <0,05 και αποδεχόμαστε ότι οι 2 μέσοι όροι διαφέρουν με στατιστική σημαντικότητα. Οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ φάνηκε ότι έδωσαν πιο αρνητικές απαντήσεις, ότι ένιωσαν λιγότερο συχνά σίγουρες για αυτή την ικανότητα, με μέσο όρο 2,47 σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καταναλώνουν με μέσο όρο απαντήσεων 3,37.

Στην ερώτηση “Πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;” το T Test είχε Sig 0,04<0,05, έτσι απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αν οι γυναίκες καταναλώνουν αλκοόλ με την συχνότητα που βίωσαν αυτό το συναίσθημα. Οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ ένιωθαν λιγότερο συχνά πως τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει.

Τέλος τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει διαφορά στον μέσο όρο του πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ και εκείνου που δεν καταναλώνει ως αναφορά την ερώτηση “Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;” καθώς Sig 0,09>0,05 και αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση.

Κάπνισμα και Ψυχολογική κατάσταση

Group Statistics

	Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Ναι	29	3,5172	1,05630	,19615
	Όχι	118	3,3051	1,18760	,10933
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Ναι	29	3,1379	1,18696	,22041
	Όχι	118	3,3051	1,05010	,09667
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Ναι	29	3,2069	1,11417	,20690
	Όχι	118	3,1610	1,06995	,09850
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Ναι	29	3,2759	1,16179	,21574
	Όχι	118	3,4492	1,22368	,11265

Πίνακας 4: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Equal variances assumed	,438	,509	,880	145	,190	,380	,21216	,24113	-,26442	,68874
	Equal variances not assumed			,945	47,013	,175	,350	,21216	,22456	-,23960	,66391
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Equal variances assumed	,179	,673	-,748	145	,228	,456	-,16715	,22340	-,60870	,27439
	Equal variances not assumed			-,695	39,459	,246	,491	-,16715	,24068	-,65379	,31949
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Equal variances assumed	,001	,970	,205	145	,419	,838	,04588	,22356	-,39597	,48773
	Equal variances not assumed			,200	41,619	,421	,842	,04588	,22915	-,41668	,50844
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Equal variances assumed	,803	,372	-,690	145	,246	,491	-,17329	,25120	-,66977	,32319
	Equal variances not assumed			-,712	44,557	,240	,480	-,17329	,24338	-,66361	,31703

Πίνακας 5: Αποτελέσματα T test για κάπνισμα και ψυχολογική κατάσταση

Test Levene: Οι απαντήσεις των 2 πληθυσμών (γυναίκες που καπνίζουν, γυναίκες που δεν καπνίζουν) στην κάθε ερώτηση που αφορά την ψυχολογική κατάσταση έχουν ίσες

διακυμάνσεις καθώς τα Levene's Sig είναι >0,05. Έτσι στα T-test για κάθε ερώτηση θα πρέπει να εξετάζεται η πρώτη γραμμή.

T-Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών:

H 0 : $\mu 1 = \mu 2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

H 1 : $\mu 1 \neq \mu 2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Για την ερώτηση “Τον τελευταίο καιρό πόσο συνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε σημαντικά για την ζωή σας πράγματα και καταστάσεις, αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση, δηλαδή ότι το κάπνισμα δεν σχετίζεται με τον βαθμό συχνότητας που δήλωσαν ότι νιώθουν αυτό το συναίσθημα επειδή το sig 0,380>0,05.

Το ίδιο ισχύει για τις ερωτήσεις “Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητα σας να χειρίζεστε προσωπικά σας προβλήματα” με Sig 0,456> 0,05, “Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε πως τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει” με sig 0,838>0,05, “Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε” με sig 0,491>0,05.

Άθληση και Ψυχολογική κατάσταση

Group Statistics						
	Αθλείστε το χρονικό διάστημα που είστε έγκυος;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Ναι	52	3,4231	1,01646	,14096	
	Όχι	95	3,3053	1,23834	,12705	
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Ναι	52	3,1923	1,13826	,15785	
	Όχι	95	3,3158	1,04437	,10715	
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Ναι	52	3,2115	1,16040	,16092	
	Όχι	95	3,1474	1,03110	,10579	
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Ναι	52	3,5385	1,11076	,15403	
	Όχι	95	3,3474	1,26128	,12940	

Πίνακας 6: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Equal variances assumed	2,679	,104	,586	145	,279	,559	,11781	,20099	-,27943	,51506
	Equal variances not assumed			,621	123,355	,268	,536	,11781	,18977	-,25780	,49343
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Equal variances assumed	,387	,535	-,664	145	,254	,508	-,12348	,18601	-,49113	,24417
	Equal variances not assumed			-,647	97,588	,259	,519	-,12348	,19078	-,50210	,25513
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Equal variances assumed	1,222	,271	,345	145	,365	,731	,06417	,18602	-,30349	,43183
	Equal variances not assumed			,333	94,982	,370	,740	,06417	,19258	-,31814	,44648
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Equal variances assumed	1,965	,163	,915	145	,181	,362	,19109	,20881	-,22161	,60380
	Equal variances not assumed			,950	116,821	,172	,344	,19109	,20118	-,20733	,58952

Πίνακας 7: Αποτελέσματα T test για άθληση και ψυχολογική κατάσταση

Τεστ Levene: Οι απαντήσεις των 2 πληθυσμών (γυναίκες που αθλούνται, γυναίκες που δεν αθλούνται) στην κάθε ερώτηση που αφορά την ψυχολογική κατάσταση έχουν ίσες διακυμάνσεις καθώς τα Levene's Sig είναι >0,05. Έτσι στα T-test για κάθε ερώτηση θα πρέπει να εξετάζεται η πρώτη γραμμή.

T-Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών:

$H_0 : \mu_1 = \mu_2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των γυναικών που αθλούνται και εκείνων που δεν αθλούνται ως αναφορά τις απαντήσεις που έδωσαν και στις 4 ερωτήσεις. Έτσι αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση και συμπεραίνουμε πως η άθληση δεν σχετίζεται με καμία ερώτηση στην ομάδα ερωτήσεων Ψυχολογική κατάσταση, καθώς οι τιμές $Sig > 0,05$.

3. Σχετίζεται ο βαθμός στήριξης από τον σύζυγο με την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη?

Ο βαθμός στήριξης από τον σύζυγο εξετάζεται στο ερωτηματολόγιο με 5 ερωτήσεις:

1. Μπορώ να βασιστώ στο σύντροφο μου για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστώ
2. Ο σύντροφος μου είναι στοργικός μαζί μου
3. Ο σύντροφος μου θα με βοηθήσει πολύ όταν έρθει το μωρό
4. Ο σύντροφος μου καταλαβαίνει πως αισθάνομαι
5. Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφο μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι.

Οι τιμές που λάμβαναν οι απαντήσεις ήταν κατηγορικές (Διαφωνώ απόλυτα, Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα) και μετατράπηκαν σε αριθμητικές με το 1 να δηλώνει την απόλυτη διαφωνία, δηλαδή την έλλειψη στήριξης και 3 την απόλυτη συμφωνία, δηλαδή την στήριξη.

Για την πραγματοποίηση του ελέγχου συσχέτισης ελέγξαμε τον δείκτη Cronbach alpha για να διαπιστωθεί εάν αυτές οι ερωτήσεις θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν επίσημα και να εκφραστούν σε μια στήλη ως άθροισμα των επιμέρους 5 απαντήσεων. Ο δείκτης αυτός υπολογίζει την εσωτερική συνέπεια των ερωτήσεων που μετριοούνται σε μια κλίμακα Likert. Αν το α είναι υψηλό τότε οι ερωτήσεις αλληλοσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό και συνδέονται στενά μεταξύ τους ως ομάδα. Οι τιμές του δείκτη κυμαίνονται από 0 έως 1 και θεωρείτε ότι ένα σύνολο ερωτήσεων έχει υψηλή συνέπεια και μπορεί να ομαδοποιηθεί αν το $\alpha > 0,7$ σύμφωνα με πολλές πηγές.

Statistics						
		Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου για οικονομική βοήθεια αν τη χρειαστώ.	Ο σύντροφός μου είναι στοργικός μαζί μου.	Ο σύντροφός μου θα βοηθήσει πολύ όταν έλθει το μωρό.	Ο σύντροφός μου καταλαβαίνει πως αισθάνομαι.	Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι.
N	Valid	145	145	145	144	145
	Missing	2	2	2	3	2
Mean		2,76	2,77	2,66	2,35	2,76
Std. Deviation		,461	,472	,517	,684	,504

Πίνακας 8: Μέσοι όροι και διακομάνσεις απαντήσεων της ομάδας “Στήριξη από τον σύζυγο”

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,837	,842	5

Πίνακας 9: Δείκτης Cronbach Alpha για ομάδα ερωτήσεων “Στήριξη από τον σύζυγο”

Inter-Item Correlation Matrix

	Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου για οικονομική βοήθεια αν τη χρειαστώ.	Ο σύντροφός μου είναι στοργικός μαζί μου.	Ο σύντροφός μου θα βοηθήσει πολύ όταν έλθει το μωρό.	Ο σύντροφός μου καταλαβαίνει πώς αισθάνομαι.	Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι.
Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου για οικονομική βοήθεια αν τη χρειαστώ.	1,000	,376	,266	,429	,375
Ο σύντροφός μου είναι στοργικός μαζί μου.	,376	1,000	,669	,585	,695
Ο σύντροφός μου θα βοηθήσει πολύ όταν έλθει το μωρό.	,266	,669	1,000	,540	,671
Ο σύντροφός μου καταλαβαίνει πώς αισθάνομαι.	,429	,585	,540	1,000	,554
Μπορώ να βασιστώ στον σύντροφό μου ότι θα είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι.	,375	,695	,671	,554	1,000

Πίνακας 10: Αλληλοσυσχέτιση ερωτήσεων “Στήριξη από τον σύζυγο”

Για την ομάδα ερωτήσεων “Στήριξη Συζύγου” ο δείκτης Cronbach's Alpha= 0,837. Αποφασίστηκε να δημιουργηθεί 1 στήλη που θα είναι το άθροισμα των απαντήσεων των 5 ερωτήσεων και θα ονομάζεται “Συνολική στήριξη συζύγου”.

Έλεγχος συσχέτισης Pearson

Correlations						
		Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Στήριξη συζύγου
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Pearson Correlation	1	,307**	,216**	,642**	,247**
	Sig. (2-tailed)		<,001	,009	<,001	,003
	N	147	147	147	147	144
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Pearson Correlation	,307**	1	,664**	,270**	,266**
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001	<,001	,001
	N	147	147	147	147	144
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Pearson Correlation	,216**	,664**	1	,235**	,233**
	Sig. (2-tailed)	,009	<,001		,004	,005
	N	147	147	147	147	144
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Pearson Correlation	,642**	,270**	,235**	1	,280**
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,004		<,001
	N	147	147	147	147	144
Στήριξη συζύγου	Pearson Correlation	,247**	,266**	,233**	,280**	1
	Sig. (2-tailed)	,003	,001	,005	<,001	
	N	144	144	144	144	144

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 11: Αποτελέσματα συσχέτισης Pearson μεταξύ συνολικής στήριξης συζύγου και ψυχολογικής κατάστασης

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson καθώς οι τιμές για την στήριξη μετριούνται σε συνεχή κλίμακα. Η συσχέτιση φαίνεται στην τελευταία στήλη του παραπάνω πίνακα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση ($\text{sig } 0,03 < 0,05$) μεταξύ της στήριξης του συζύγου και της συχνότητας που οι ερωτηθέντες ένιωσαν πως δεν μπορούν να ελέγξουν σημαντικά για την ζωή τους πράγματα και καταστάσεις. Η συσχέτιση είναι βέβαια είναι ασθενής ($r=0,247$) και θετική. Δηλαδή όσο πιο πολύ στήριξη υπάρχει τόσο πιο σπάνια οι γυναίκες αισθανόντουσαν αδυναμία ελέγχου.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση ($\text{sig } 0,01 < 0,05$) μεταξύ της στήριξης του συζύγου και την συχνότητα αισθήματος σιγουριάς για την διαχείριση προσωπικών προβλημάτων. Η συσχέτιση εδώ είναι λίγο μεγαλύτερη, αλλά θεωρείται ασθενής ($0,266$) και επίσης θετική, καθώς όσο αυξάνεται η στήριξη του συζύγου τόσο αυξάνεται η συχνότητα αισθήματος σιγουριάς.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της στήριξης του συζύγου και της συχνότητας του αισθήματος ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει καθώς $Sig=0,05$. Η συσχέτιση είναι $r=0,233$, θετική και ασθενής. Οι γυναίκες που έχουν περισσότερη στήριξη ένιωθαν πιο συχνά ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει. Τέλος υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση $sig<0,01$ ως αναφορά την στήριξη του συζύγου και του πόσο συχνά ένιωσαν ότι οι δυσκολίες συσσωρεύοντας τόσο που δεν μπορούσαν να τις ξεπεράσουν. Η συσχέτιση είναι $r=0,280$, ασθενής και θετική και αυτό σημαίνει πως οι γυναίκες που έχουν περισσότερη στήριξη νιώθουν λιγότερο συχνά αυτό το συναίσθημα.

4. Σχετίζεται ο βαθμός στήριξης από την οικογένεια με την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη?

Ο βαθμός στήριξης από την οικογένεια περιλαμβάνει τις ερωτήσεις:

1. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου πιστεύουν πως είμαι άνθρωπος που αξίζει
2. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου έχουν εμπιστοσύνη σε εμένα.
3. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου μου παρέχουν βοήθεια να βρω λύση στα προβλήματα μου.
4. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου θα είναι πάντα δίπλα μου
5. Μπορώ να βασιστώ στην οικογένεια ή στους φίλους μου για οικονομική βοήθεια αν την χρειαστώ.

Οι απαντήσεις μετατράπηκαν σε αριθμητικές με το 1 να δηλώνει την απόλυτη διαφωνία, άρα την έλλειψη στήριξης, και το 3 να δηλώνει την απόλυτη συμφωνία, δηλαδή την στήριξη.

Υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach για να ελεγχθεί η συνέπεια αυτής της ομάδας ερωτήσεων και το αποτέλεσμα ήταν Cronbach's Alpha=0,829. Επειδή υπάρχει αξιοπιστία στις απαντήσεις αυτής της ομάδας, δημιουργήθηκε μια στήλη που να μετρά την “Συνολική στήριξη από την οικογένεια και φίλους” που είναι το άθροισμα των 5 απαντήσεων.

Statistics						
		Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου λένε ότι πιστεύουν πως είμαι άνθρωπος που αξίζει.	Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου έχουν εμπιστοσύνη σε μένα.	Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου παρέχουν βοήθεια το να βρω λύση στα προβλήματά μου.	Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου θα είναι πάντα δίπλα μου.	Μπορώ να βασιστώ στην οικογένειά μου ή στους φίλους μου για οικονομική βοήθεια αν τη χρειαστώ.
N	Valid	147	147	147	147	147
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,76	2,82	2,54	2,65	2,58
Std. Deviation		,477	,422	,599	,547	,651

Πίνακας 12: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις απαντήσεων της ομάδας “Στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους”

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,829	,833	5

Πίνακας 13: Δείκτης Cronbach Alpha για ομάδα ερωτήσεων “Στήριξη από οικογένεια και φίλους”

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου λένε ότι πιστεύουν πως είμαι άνθρωπος που αξίζει.	10,59	3,231	,560	,526	,813
Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου έχουν εμπιστοσύνη σε μένα.	10,52	3,347	,577	,537	,812
Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου παρέχουν βοήθεια το να βρω λύση στα προβλήματά μου.	10,80	2,725	,674	,502	,781
Η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου θα είναι πάντα δίπλα μου.	10,69	2,871	,674	,528	,781
Μπορώ να βασιστώ στην οικογένειά μου ή στους φίλους μου για οικονομική βοήθεια αν τη χρειαστώ.	10,76	2,566	,685	,525	,781

Πίνακας 14: Δείκτης Cronbach Alpha αν διαγραφεί κάποια ερώτηση.

Έλεγχος Συσχέτισης Pearson

Correlations						
		Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Στήριξη οικογένειας
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Pearson Correlation	1	,307**	,216**	,642**	,150
	Sig. (2-tailed)		<,001	,009	<,001	,069
	N	147	147	147	147	147
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Pearson Correlation	,307**	1	,664**	,270**	,234**
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001	<,001	,004
	N	147	147	147	147	147
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Pearson Correlation	,216**	,664**	1	,235**	,268**
	Sig. (2-tailed)	,009	<,001		,004	,001
	N	147	147	147	147	147
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Pearson Correlation	,642**	,270**	,235**	1	,270**
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,004		<,001
	N	147	147	147	147	147
Στήριξη οικογένειας	Pearson Correlation	,150	,234**	,268**	,270**	1
	Sig. (2-tailed)	,069	,004	,001	<,001	
	N	147	147	147	147	147

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 15: Αποτελέσματα συσχέτισης Pearson μεταξύ συνολικής στήριξης οικογένειας και φίλων και ψυχολογικής κατάστασης

Ο βαθμός συνολικής στήριξης από την οικογένεια δεν σχετίζεται με το πόσο συχνά τον τελευταίο καιρό μια γυναίκα αισθάνεται αδυναμία ελέγχου για σημαντικά πράγματα-καταστάσεις αφού $\text{sig } 0,069 > 0,05$. Η στήριξη από την οικογένεια σχετίζεται γραμμικά με στατιστική σημαντικότητα με τις άλλες 3 ερωτήσεις που περιέχονται στην ομάδα “Ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη”, καθώς $\text{SIG} < 0,05$. Συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η στήριξη από την οικογένεια μειώνεται η συχνότητα που οι ερωτηθέντες ένιωσαν αδυναμία ελέγχου σημαντικών καταστάσεων ($r=0,234$), αυξάνεται η συχνότητα αισθήματος σιγουριάς για την ικανότητα διαχείρισης προσωπικών προβλημάτων ($r=0,268$), μειώνεται η αίσθηση ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται τόσο που δεν μπορούν να ξεπεραστούν ($r=0,270$), αλλά όχι σε όλες τις περιπτώσεις καθώς η συσχέτιση είναι ασθενής.

5. Σχετίζεται η ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη με τον φόβο και την

ανησυχία για τον τοκετό?

Ο φόβος και η ανησυχία για την υγεία και τον τοκετό αντιπροσωπεύεται από 5 ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο:

1. Με ανησυχεί η ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μου.
2. Ανησυχώ μήπως χαθεί το μωρό κατά τη γέννα.
3. Φοβάμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό.
4. Ανησυχώ για το αν θα έχω δυσκολίες κατά τον τοκετό και την παραλαβή του μωρού.
5. Ανησυχώ για το αν το μωρό αναπτύσσεται φυσιολογικά μέσα μου.

Οι απαντήσεις που λήφθηκαν ήταν σε μια κατηγορική κλίμακα 5 σημείων από “Καθόλου” έως “Πάρα Πολύ”, όπου μετατράπηκαν σε αριθμούς από το 1 έως το 5, με το 1 να δηλώνει πολύ μεγάλη ανησυχία, άρα αρνητική απάντηση, και το 5 καθόλου ανησυχία, άρα πιο θετική απάντηση. Για την μέτρηση της εσωτερικής συνοχής των 5 απαντήσεων μετρήθηκε ο δείκτης Cronbach Alpha που είχε ως αποτέλεσμα την τιμή 0,883. Αυτό σημαίνει πως οι ερωτήσεις έχουν στενή σχέση μεταξύ τους. Έτσι δημιουργήθηκε 1 στήλη “Συνολικός φόβος και ανησυχία” που αποτελείται από το άθροισμα των απαντήσεων στις 5 ερωτήσεις της ομάδας.

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Με ανησυχεί η ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια την εγκυμοσύνη μου.	2,9116	1,39434	147
Ανησυχώ μήπως χαθεί το μωρό κατά τη γέννα.	3,3129	1,49338	147
Φοβάμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό.	2,9252	1,30378	147
Ανησυχώ για το αν θα έχω δυσκολίες κατά τον τοκετό και τη παραλαβή του μωρού.	2,5986	1,28030	147
Ανησυχώ για το αν το μωρό αναπτύσσεται φυσιολογικά μέσα μου.	2,7007	1,23541	147

Πίνακας 16: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις απαντήσεων της ομάδας “Συνολικός φόβος και ανησυχία”

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,883	,883	5

Πίνακας 17: Δείκτης Cronbach Alpha για ομάδα ερωτήσεων “Συνολικός φόβος και ανησυχία”

Inter-Item Correlation Matrix

Με ανησυχεί η ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια την εγκυμοσύνη μου.	Ανησυχώ μήπως χαθεί το μωρό κατά τη γέννα.	Φοβάμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό.	Ανησυχώ για το αν θα έχω δυσκολίες κατά τον τοκετό και τη παραλαβή του μωρού.	Ανησυχώ για το αν το μωρό αναπτύσσεται φυσιολογικά μέσα μου.	
Με ανησυχεί η ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια την εγκυμοσύνη μου.	1,000	,701	,648	,555	,621
Ανησυχώ μήπως χαθεί το μωρό κατά τη γέννα.	,701	1,000	,751	,485	,586
Φοβάμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι κακό κατά τον τοκετό.	,648	,751	1,000	,630	,450
Ανησυχώ για το αν θα έχω δυσκολίες κατά τον τοκετό και τη παραλαβή του μωρού.	,555	,485	,630	1,000	,599
Ανησυχώ για το αν το μωρό αναπτύσσεται φυσιολογικά μέσα μου.	,621	,586	,450	,599	1,000

Πίνακας 18: Αλληλοσυσχέτιση ερωτήσεων “Στήριξη από τον σύζυγο”

Έλεγχος Συσχέτισης Pearson

Correlations

		Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Pearson Correlation	1	,307**	,216**	,642**	,328**
	Sig. (2-tailed)		<,001	,009	<,001	<,001
	N	147	147	147	147	147
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Pearson Correlation	,307**	1	,664**	,270**	,219**
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001	<,001	,008
	N	147	147	147	147	147
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Pearson Correlation	,216**	,664**	1	,235**	,171*
	Sig. (2-tailed)	,009	<,001		,004	,039
	N	147	147	147	147	147
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Pearson Correlation	,642**	,270**	,235**	1	,290**
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,004		<,001
	N	147	147	147	147	147
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Pearson Correlation	,328**	,219**	,171*	,290**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	,008	,039	<,001	
	N	147	147	147	147	147

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 19: Συσχέτιση Pearson για συνολική ανησυχία και φόβος με ψυχολογική κατάσταση

Υπάρχει στατιστικά σημαντική (Sig<0,01) μικρή θετική γραμμική συσχέτιση (r=0,3280) μεταξύ της συνολικής ανησυχίας και φόβου για την υγεία και τον τοκετό με την συχνότητα που νιώθουν οι ερωτώμενοι πως δεν μπορούν να ελέγξουν σημαντικά για την ζωή τους πράγματα ή καταστάσεις. Όσο αυξάνεται ο φόβος και η ανησυχία τόσο αυξάνεται και η συχνότητα που νιώθουν αδυναμία ελέγχου.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική (Sig 0,008<0,05) ασθενής θετική γραμμική συσχέτιση (r=0,219) μεταξύ της συνολικής ανησυχίας και φόβου για την υγεία και τον τοκετό με την συχνότητα που νιώθουν οι ερωτώμενοι σίγουροι για την ικανότητα διαχείρισης προσωπικών προβλημάτων. Όταν αυξάνεται ο φόβος και η ανησυχία μειώνεται και η συχνότητα αίσθησης αυτής της σιγουριάς.

Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική (sig 0,039<0,05) αλλά πολύ ασθενής θετική γραμμική συσχέτιση (r=0,171) μεταξύ του φόβου και της ανησυχίας και της συχνότητας που οι ερωτώμενοι ένιωσαν ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει.

Επίσης υπήρχε στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση του φόβου και της ανησυχίας για την υγεία και τον τοκετό με την συχνότητα που οι γυναίκες ένιωσαν ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσαν να τις ξεπεράσουν. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που είχαν μεγαλύτερο φόβο και ανησυχία για την υγεία και

τον τοκετό ένιωθαν πιο συχνά ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο που δεν μπορούν να ξεπεραστούν.

6. Σχετίζεται η ψυχολογία πριν την εγκυμοσύνη με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό?

Η Ομάδα ερωτήσεων Ψυχολογία πριν από τον τοκετό αποτελείται από 2 ερωτήσεις που λαμβάνουν διχοτομικές απαντήσεις (ναι ή όχι). Για κάθε ερώτηση από τις 2 πραγματοποιήθηκε T test Ανεξάρτητων Πληθυσμών.

Κατάθλιψη και συνολική ανησυχία και φόβος για την υγεία και τον τοκετό

Group Statistics						
		28. Πριν από αυτήν την εγκυμοσύνη, είχατε δει ποτέ έναν επαγγελματία υγείας που να είπε ότι έχετε κατάθλιψη;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Ναι		18	13,0556	4,79549	1,13031
	Όχι		129	14,6434	5,63859	,49645

Πίνακας 20: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Equal variances assumed	1,626	,204	-1,138	145	,129	,257	-1,58786	1,39552	-4,34605	1,17034
	Equal variances not assumed			-1,286	24,073	,105	,211	-1,58786	1,23453	-4,13539	,95968

Πίνακας 21: Αποτελέσματα T-Test για κατάθλιψη και συνολικό φόβο και ανησυχία

Τεστ Levene: Επειδή το $\text{sig}0,204 > 0,05$ αποδεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις των 2 πληθυσμών είναι ίσες και στο T-test εξετάζουμε την 1η σειρά.

T Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών

$H_0 : \mu_1 = \mu_2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των γυναικών που είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη πριν την εγκυμοσύνη και εκείνων που δεν είχαν

διαγνωστεί ως αναφορά τις απαντήσεις που έδωσαν το κατά πόσο νιώθουν φόβο και ανησυχία για την υγεία τους και τον τοκετό. Έτσι αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση και συμπεραίνουμε πως η κατάθλιψη δεν σχετίζεται με τον φόβο και ανησυχία καθώς $Sig\ 0,257 > 0,05$.

Χαμηλό ενδιαφέρον σχεδόν όλη μέρα για 2 εβδομάδες και συνολική ανησυχία και φόβος για την υγεία και τον τοκετό.

Group Statistics				
27. Πριν από αυτήν την εγκυμοσύνη, υπήρχε κάποια χρονική περίοδος που αισθανόσασταν πεσμένη ή ότι είχατε χάσει το ενδιαφέρον σας για ευχάριστες δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες;				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό				
Ναι	86	12,7326	5,13219	,55342
Όχι	61	16,8689	5,24555	,67162

Πίνακας 22: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
						One-Sided p	Two-Sided p				
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Equal variances assumed	,305	,582	-4,771	145	<,001	<,001	-4,13629	,86701	-5,84990	-2,42266
	Equal variances not assumed			-4,753	127,611	<,001	<,001	-4,13629	,87026	-5,85830	-2,41422

Πίνακας 23: Αποτελέσματα T-Test για χαμηλό ενδιαφέρον πριν και φόβο-ανησυχία.

Τεστ Levene: Επειδή το $sig\ 0,204 > 0,05$ αποδεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις των 2 πληθυσμών είναι ίσες και στο T-test εξετάζουμε την 1η σειρά.

T Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών

$H_0 : \mu_1 = \mu_2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των γυναικών που απάντησαν ναι, δηλαδή ότι ένιωθαν ότι δεν είχαν ενδιαφέρον για ευχάριστες δραστηριότητες για τουλάχιστον 2 εβδομάδες σε σχέση με τις γυναίκες που απάντησαν όχι σε αυτό. Οι γυναίκες που απάντησαν ναι νιώθουν μεγαλύτερο φόβο και ανησυχία για τοκετό.

7. Σχετίζεται η ηλικία με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό και με την ψυχολογία κατά την εγκυμοσύνη?

Η ηλικία εκφράστηκε σε 3 ομάδες:

1→ 16-24,

2→ 25-35,

3→ ≥36.

Για να εξεταστεί αν οι απαντήσεις σχετικά με την ανησυχία και τον φόβο για τον τοκετό διαφέρουν ανά ηλικιακή ομάδα πραγματοποιήθηκε ανάλυση Ανονα όπου επιτρέπεται η σύγκριση των μέσων όρων πολλών πληθυσμών και όχι 2, όπως στο T-Test.

Ανησυχία και φόβος για τοκετό με ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 24: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 3 πληθυσμών.

		Levene	df1	df2	Sig.
		Statistic			
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Based on Mean	2,825	2	144	,063
	Based on Median	2,919	2	144	,057
	Based on Median and with adjusted df	2,919	2	143,660	,057
	Based on trimmed mean	2,863	2	144	,060

Πίνακας 25: Τεστ για ομοιογένεια των διακυμάνσεων των 3 πληθυσμών

ANOVA					
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	15,469	2	7,735	,248	,780
Within Groups	4484,898	144	31,145		
Total	4500,367	146			

Πίνακας 26: Ανάλυση One Way Anova για ηλικιακή ομάδα και φόβος και ανησυχία

Στον πίνακα Descriptives φαίνονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων ανά ηλικιακή ομάδα. Φαίνεται ότι υπάρχει μια τάση ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα να αυξάνεται και ο μέσος όρος και για αυτό θα εφαρμοστεί μετά έλεγχος συσχέτισης Spearman. Τα αποτελέσματα του ελέγχου για την ισότητα των διακυμάνσεων έδειξαν ότι οι διακυμάνσεις των 3 πληθυσμών είναι ίσες αφού $Sig > 0,05$. Ο πίνακας Anova δείχνει ότι μεταξύ των ομάδων οι μέσοι όροι είναι ίσοι καθώς το $sig > 0,05$ και αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση

Συσχέτιση Spearman

			Correlations	
			Ηλικιακή ομάδα	Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό
Spearman's rho	Ηλικιακή ομάδα	Correlation Coefficient	1,000	,073
		Sig. (2-tailed)	.	,380
		N	147	147
	Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Correlation Coefficient	,073	1,000
		Sig. (2-tailed)	,380	.
		N	147	147

Πίνακας 27: Συσχέτιση Spearman ηλικιακή ομάδα με συνολική ανησυχία και φόβος

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 27 ο συντελεστής ρ είναι σχεδόν 0, και δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα, άρα δεν σχετίζεται η ηλικιακή ομάδα με τον συνολικό φόβο και την ανησυχία για την υγεία και τον τοκετό.

Ηλικιακή ομάδα και Ψυχολογική κατάσταση

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	1,00	31	3,0323	1,07963	,19391	2,6362	3,4283	1,00	5,00
	2,00	86	3,5000	1,17574	,12678	3,2479	3,7521	1,00	5,00
	3,00	30	3,5667	1,38174	,25227	3,0507	4,0826	1,00	5,00
	Total	147	3,4150	1,20980	,09978	3,2178	3,6122	1,00	5,00
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	1,00	31	3,2258	1,02338	,18380	2,8504	3,6012	1,00	5,00
	2,00	86	3,3605	1,23586	,13327	3,0955	3,6254	1,00	5,00
	3,00	30	3,4333	1,10433	,20162	3,0210	3,8457	1,00	5,00
	Total	147	3,3469	1,16250	,09588	3,1574	3,5364	1,00	5,00
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	1,00	31	3,3226	1,13687	,20419	2,9056	3,7396	1,00	5,00
	2,00	86	3,2558	1,01964	,10995	3,0372	3,4744	1,00	5,00
	3,00	30	3,2667	1,20153	,21937	2,8180	3,7153	1,00	5,00
	Total	147	3,2721	1,07626	,08877	3,0967	3,4475	1,00	5,00
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	1,00	31	2,8710	,84624	,15199	2,5606	3,1814	1,00	5,00
	2,00	86	3,2558	1,06480	,11482	3,0275	3,4841	1,00	5,00
	3,00	30	3,2333	1,27802	,23333	2,7561	3,7106	1,00	5,00
	Total	147	3,1701	1,07509	,08867	2,9948	3,3453	1,00	5,00

Πίνακας 28: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 3 πληθυσμών

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Based on Mean	1,471	2	144	,233
	Based on Median	,936	2	144	,395
	Based on Median and with adjusted df	,936	2	142,305	,395
	Based on trimmed mean	1,521	2	144	,222
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Based on Mean	1,295	2	144	,277
	Based on Median	,823	2	144	,441
	Based on Median and with adjusted df	,823	2	136,834	,441
	Based on trimmed mean	1,255	2	144	,288
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Based on Mean	3,651	2	144	,028
	Based on Median	2,982	2	144	,054
	Based on Median and with adjusted df	2,982	2	140,330	,054
	Based on trimmed mean	3,859	2	144	,023
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Based on Mean	2,145	2	144	,121
	Based on Median	1,598	2	144	,206
	Based on Median and with adjusted df	1,598	2	138,038	,206
	Based on trimmed mean	2,078	2	144	,129

Πίνακας 29: Τεστ για ομοιογένεια των διακυμάνσεων των 3 πληθυσμών

Οι διακυμάνσεις είναι ίδιες μεταξύ των 3 απαντήσεων που έδωσαν οι 3 ηλικιακές ομάδες. Μόνο για την ερώτηση “Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει” οι διακυμάνσεις στις απαντήσεις ήταν διαφορετικές καθώς $\text{sig } 0,028 < 0,05$.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Between Groups	5,853	2	2,926	2,028	,135
	Within Groups	207,834	144	1,443		
	Total	213,687	146			
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Between Groups	,695	2	,347	,254	,776
	Within Groups	196,612	144	1,365		
	Total	197,306	146			
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Between Groups	,103	2	,051	,044	,957
	Within Groups	169,013	144	1,174		
	Total	169,116	146			
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Between Groups	3,526	2	1,763	1,536	,219
	Within Groups	165,223	144	1,147		
	Total	168,748	146			

Πίνακας 30: Ανάλυση One Way Anova για ηλικιακή ομάδα και ψυχολογική κατάσταση

Ο πίνακας ANOVA μας πληροφορεί ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μεσους ορους αφού για κάθε ερώτηση που αφορά την ψυχολογική κατάσταση τα $\text{sig} > 0,05$ και έτσι αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση ότι $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$.

8. Σχετίζεται το αν είναι η πρώτη φορά κύηση με τον φόβο και την ανησυχία για τον τοκετό και με την ψυχολογία κατά την εγκυμοσύνη?

		Group Statistics			
Είναι η πρώτη φορά που κυοφορείτε;		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Ναι	99	13,9899	5,24598	,52724
	Όχι	48	15,3958	6,08360	,87809

Διάγραμμα 31: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Συνολική ανησυχία και φόβος για τον τοκετό	Equal variances assumed	3,800	,053	-1,445	145	,075	,151	-1,40593	,97287	-3,32877	,51
	Equal variances not assumed			-1,373	81,894	,087	,174	-1,40593	1,02422	-3,44348	,63

Πίνακας 32: Αποτελέσματα T-Test για το αν είναι η 1η φορά κύησης με συνολικό φόβο-ανησυχία.

Τεστ Levene: Το τεστ του Levene δείχνει ότι διακυμάνσεις των απαντήσεων είναι ίσες αφού $Sig_{0,053} > 0,05$ και για το T τεστ θα εστιάσουμε στην 1η γραμμή.

T-Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών:

$H_0 : \mu_1 = \mu_2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση ότι οι μέσοι όροι των 2 πληθυσμών είναι ίσοι και άρα ότι το αν είναι η πρώτη φορά κύησης δεν επηρεάζει τον βαθμό που οι ερωτηθέντες νιώθουν φόβο και ανησυχία για τον τοκετό καθώς $Sig_{0,151} > 0,05$.

Είναι η πρώτη φορά που κυοφορείται με ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη.

Group Statistics					
	Είναι η πρώτη φορά που κυοφορείτε;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Ναι	99	3,3333	1,11575	,11214
	Όχι	48	3,3750	1,26533	,18263
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Ναι	99	3,2222	,99545	,10005
	Όχι	48	3,3750	1,23124	,17771
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Ναι	99	3,1111	1,02906	,10342
	Όχι	48	3,2917	1,16616	,16832
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Ναι	99	3,3939	1,15014	,11559
	Όχι	48	3,4583	1,33621	,19287

Πίνακας 33: Μέσοι όροι και διακυμάνσεις 2 πληθυσμών

		Independent Samples Test				t-test for Equality of Means					
		Levene's Test for Equality of Variances				Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τα σημαντικά για τη ζωή σας πράγματα-καταστάσεις;	Equal variances assumed	,989	,322	-,203	145	,420	,839	-,04167	,20514	-,44711	,36
	Equal variances not assumed			-,194	83,430	,423	,846	-,04167	,21431	-,46789	,38
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	Equal variances assumed	6,069	,015	-,806	145	,211	,421	-,15278	,18952	-,52736	,22
	Equal variances not assumed			-,749	77,766	,228	,456	-,15278	,20394	-,55881	,25
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει;	Equal variances assumed	2,209	,139	-,955	145	,171	,341	-,18056	,18915	-,55439	,19
	Equal variances not assumed			-,914	83,482	,182	,363	-,18056	,19756	-,57345	,21
Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δύσκολες συσσωρευόμενες τόσο πολύ που δεν μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	Equal variances assumed	3,611	,059	-,302	145	,382	,763	-,06439	,21345	-,48626	,35
	Equal variances not assumed			-,286	81,771	,388	,775	-,06439	,22485	-,51172	,38

Πίνακας 34: Αποτελέσματα T-Test για το αν είναι η 1η φορά κύησης με ψυχολογική κατάσταση

Τεστ Levene: Οι διακυμάνσεις των 3 από τις 4 ερωτήσεις στους 2 πληθυσμούς θεωρούνται ίσες καθώς $\text{sig} > 0,05$ και μόνο στην ερώτηση “Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώσατε σίγουροι για την ικανότητα να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα” οι διακυμάνσεις των απαντήσεων διέφεραν ανάλογα με το αν είναι η πρώτη φορά κύησης ή όχι.

T-Test Ανεξάρτητων Πληθυσμών:

$H_0 : \mu_1 = \mu_2$ (“Οι 2 μέσοι όροι των πληθυσμών είναι ίσοι”)

$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ (“Οι 2 δύο μέσοι όροι των πληθυσμών δεν είναι ίσοι”)

Και για τις 4 ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση δεν υπήρχε κάποια διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των 2 πληθυσμών (γυναίκες που κυοφορούν πρώτη φορά, γυναίκες που έχουν ξανα κυοφορήσει) και αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση αφού οι τιμές $\text{Sig} > 0,05$ για όλες τις ερωτήσεις που εξετάστηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο ερευνητικό μέρος, η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από γυναίκες ηλικίας 25-35 ετών που είναι η πρώτη φορά που κυοφορούν. Κατά την εγκυμοσύνη, περίπου το 80% δεν καπνίζουν, το 88,44% δεν καταναλώνουν αλκοόλ και το 35,37% αθλούνται. Οι περισσότερες γυναίκες που αθλούνται επιλέγουν το περπάτημα και έχουν ενημερωθεί για το οφέλη και τους κινδύνους της άσκησης περισσότερο από αυτές που δεν αθλούνται. Ως αναφορά την ψυχολογική τους κατάσταση οι περισσότερες δήλωσαν ότι μερικές φορές νιώθουν αδυναμία ελέγχου σημαντικών πραγμάτων, σιγουριά για την διαχείριση προσωπικών προβλημάτων, αίσθημα ότι τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει και σπάνια ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο που δεν μπορούσαν να τις ξεπεράσουν. Ακόμα οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν απόλυτα ότι η οικογένεια ή φίλοι και ο σύζυγος τους στηρίζουν με ψυχολογική βοήθεια και αν χρειαστεί οικονομική. Ο μεγαλύτερος φόβος που νιώθουν αφορά το αν θα έχουν δυσκολία κατά τον τοκετό και την παραλαβή του μωρού, ενώ αισθάνονται μικρό φόβο για το αν χαθεί το μωρό κατά την γέννα. Επίσης λίγο παραπάνω από τις μισές γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολία στον ύπνο.

Ως αναφορά το αν υπάρχει αλληλοσυσχέτιση μεταξύ καπνίσματος αλκοόλ και άθλησης, βρέθηκε ελάχιστη θετική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αλκοόλ. Επίσης τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι οι έγκυες που καταναλώνουν αλκοόλ νιώθουν λιγότερο σίγουρες να διαχειριστούν τα προσωπικά τους προβλήματα και νιώθουν λιγότερο συχνά πως τα πράγματα πήγαιναν όπως πρέπει. Οι ερωτηθέντες που καπνίζουν δεν έδωσαν διαφορετικές απαντήσεις σε ότι αφορά την συναισθηματική τους κατάσταση με αυτές που δεν καπνίζουν. Το ίδιο συνέβει και με τις ερωτηθέντες που αθλούνται σε σχέση με εκείνες που δεν αθλούνται.

Επιπρόσθετα οι γυναίκες που απολαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη από τον σύζυγο, την οικογένεια και τους φίλους απάντησαν πιο θετικά στις ερωτήσεις που αφορούν στην ψυχολογική τους κατάσταση, αλλά όχι όλες, καθώς η συσχέτιση ήταν μικρή. Η ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται με το αν νιώθουν φόβο και ανησυχία για την υγεία και τον τοκετό. Συγκεκριμένα οι ερωτηθέντες που είχαν αυξημένο φόβο και ανησυχία ένιωθαν πιο συχνά αδυναμία ελέγχου σημαντικών καταστάσεων και την αντίληψη ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν τόσο που δεν μπορούσαν να τις ξεπεράσουν. Η διάγνωση για κατάθλιψη στο παρελθόν δεν επηρεάζει το αίσθημα ανησυχίας και φόβου, όμως οι γυναίκες που είχαν μειωμένη διάθεση για τουλάχιστον 2 εβδομάδες στο παρελθόν ένιωθαν πιο μεγάλο φόβο και ανησυχία. Τέλος

η ηλικία και το τρίμηνο κύησης δεν επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη και ούτε το αίσθημα φόβου και ανησυχίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic psychology monographs*.
2. Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102-106.
3. Leon, I.(2008), “Psychology of Reproduction: Pregnancy, Parenthood, and Parental Ties.”, Glob libr women’s med.
4. Leuzinger-Bohleber, M.(2001), “The ‘Medea fantasy’. An unconscious determinant of psychogenic sterility”, *Int J Psychoanal*, 82(Pt 2): 323–345
5. Deutsch, H.(1944), “ The psychology of women.”, Grune Straton, New York.
6. Buckwalter, JG, Buckwalter, DK, Bluestein, BW, et al.(2001), “Pregnancy and post-partum: changes in cognition and mood”. *Prog Brain Res.*, 133: 303–319.
7. Hofberg, K, & Brockington, I.(2000), “Tokophobia: an unreasoning dread of child-birth. A series of 26 cases.”, *Br J Psychiatry.* ,176: 83–85.
8. Rofé, Y., Littner, M. B., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 3-12.
9. Alio, A. P., Kornosky, J. L., Mbah, A. K., Marty, P. J., & Salihu, H. M. (2010). The impact of paternal involvement on fetο-infant morbidity among Whites, Blacks and Hispanics. *Maternal and child health journal*, 14(5), 735-741.
10. Alio, A. P., Mbah, A. K., Grunsten, R. A., & Salihu, H. M. (2011). Teenage pregnancy and the influence of paternal involvement on fetal outcomes. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(6), 404-409.
11. Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-11.
12. Edwards, R. C., Thullen, M. J., Isarowong, N., Shiu, C. S., Henson, L., & Hans, S. L. (2012). Supportive relationships and the trajectory of depressive symptoms among young, African American mothers. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 585.

13. Byrd-Craven, J., & Massey, A. R. (2013). Lean on me: Effects of social support on low socioeconomic-status pregnant women. *Nursing & health sciences, 15*(3), 374-378.
14. Fagan, J., & Lee, Y. (2010). Perceptions and satisfaction with father involvement and adolescent mothers' postpartum depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(9), 1109-1121.
15. Maharlouei, N. (2016). The importance of social support during pregnancy. *Women's Health Bulletin, 3*(1), 1-1.
16. Herzog, E. (1962). Unmarried mothers: some questions to be answered and some answers to be questioned. *Child Welfare, 33*9-350.
17. Lévy-Soussan, P. (2007). *Psychiatrie (3 e éd.)*. Paris: Med-line.
18. Geier, M. L., Hills, N., Gonzales, M., Tum, K., & Finley, P. R. (2015). Detection and treatment rates for perinatal depression in a state Medicaid population. *CNS spectrums, 20*(1), 11-19.
19. Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., ... & Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology, 121*(4), 795.
20. Byatt, N., Simas, T. A. M., Lundquist, R. S., Johnson, J. V., & Ziedonis, D. M. (2012). Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33*(4), 143-161.
21. Vigod, S. N., Wilson, C. A., & Howard, L. M. (2016). Depression in pregnancy. *Bmj, 352*.
22. Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc, 21*(21), 591-643.
23. Vigod, S. N., Wilson, C. A., & Howard, L. M. (2016). Depression in pregnancy. *Bmj, 352*.
24. Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Group PHQPCS. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama, 282*(18), 1737-44.
25. Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet, 384*(9956), 1789-1799.

26. Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141.
27. Lee, K. A. (1998). Alterations in sleep during pregnancy and postpartum: a review of 30 years of research. *Sleep medicine reviews*, 2(4), 231-242.
28. Bazalakova, M. (2017, December). Sleep disorders in pregnancy. In *Seminars in Neurology* (Vol. 37, No. 06, pp. 661-668). Thieme Medical Publishers.
29. Okun, M. L., Hanusa, B. H., Hall, M., & Wisner, K. L. (2009). Sleep complaints in late pregnancy and the recurrence of postpartum depression. *Behavioral sleep medicine*, 7(2), 106-117.
30. Manconi, M., Ulfberg, J., Berger, K., Ghorayeb, I., Wesström, J., Fulda, S., ... & Pollmächer, T. (2012). When gender matters: restless legs syndrome. Report of the “RLS and woman” workshop endorsed by the European RLS Study Group. *Sleep Medicine Reviews*, 16(4), 297-307.
31. Kızıllırmak, A., Timur, S., & Kartal, B. (2012). Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *The Scientific World Journal*, 2012.
32. Reid, K. J., Facco, F. L., Grobman, W. A., Parker, C. B., Herbas, M., Hunter, S., ... & Zee, P. C. (2017). Sleep during pregnancy: the nuMoM2b pregnancy and sleep duration and continuity study. *Sleep*, 40(5).
33. Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2018). Sleep quality during pregnancy: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 38, 168-176.
34. Williams, M. A., Miller, R. S., Qiu, C., Cripe, S. M., Gelaye, B., & Enquobahrie, D. (2010). Associations of early pregnancy sleep duration with trimester-specific blood pressures and hypertensive disorders in pregnancy. *Sleep*, 33(10), 1363-1371.
35. Facco, F. L., Grobman, W. A., Reid, K. J., Parker, C. B., Hunter, S. M., Silver, R. M., ... & Zee, P. C. (2017). Objectively measured short sleep duration and later sleep midpoint in pregnancy are associated with a higher risk of gestational diabetes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(4), 447-e1.
36. Plancoulaine, S., Flori, S., Bat-Pitault, F., Patural, H., Lin, J. S., & Franco, P. (2017). Sleep trajectories among pregnant women and the impact on outcomes: a population-based cohort study. *Maternal and child health journal*, 21(5), 1139-1146.

37. Dørheim, S. K., Bjorvatn, B., & Eberhard-Gran, M. (2014). Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PloS one*, *9*(4), e94674.
38. Park, E. M., Meltzer-Brody, S., & Stickgold, R. (2013). Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Archives of women's mental health*, *16*(6), 539-547.
39. Khazaie, H., Ghadami, M. R., Knight, D. C., Emamian, F., & Tahmasian, M. (2013). Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: a randomized clinical trial. *Psychiatry research*, *210*(3), 901-905.
40. Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, *5*(3), e290-e299.
41. O'Keefe, L. M., Kearney, P. M., McCarthy, F. P., Khashan, A. S., Greene, R. A., North, R. A., ... & Kenny, L. C. (2015). Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. *BMJ open*, *5*(7), e006323.
42. Tan, C. H., Denny, C. H., Cheal, N. E., Sniezek, J. E., & Kanny, D. (2015). Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age—United States, 2011–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *64*(37), 1042-1046.
43. Kitsantas, P., Gaffney, K. F., Wu, H., & Kastello, J. C. (2014). Determinants of alcohol cessation, reduction and no reduction during pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics*, *289*(4), 771-779.
44. Office of the Surgeon General (US). (1981). Surgeon General's advisory on alcohol and pregnancy. *FDA Drug Bulletin*, *11*, 9-10.
45. General, U. S. (2005). US Surgeon General Releases Advisory on Alcohol Use in Pregnancy [press release]. *United States Department of Health and Human Services. Online text at: US Surgeon General Releases.*
46. Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, *84*(5), 478-485.
47. Muggli, E., Matthews, H., Penington, A., Claes, P., O'Leary, C., Forster, D., ... & Halliday, J. (2017). Association between prenatal alcohol exposure and

- craniofacial shape of children at 12 months of age. *JAMA pediatrics*, 171(8), 771-780.
48. Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., ... & Wood, R. (2010). Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 32(8), S1-S2.
49. Murin, S., Rafii, R., & Bilello, K. (2011). Smoking and Smoking Cessation in Pregnancy. *Clinics in Chest Medicine*, 32(1), 75–91.
<https://doi.org/10.1016/j.ccm.2010.11.004>
50. Olson, D., Sikka, R. S., Hayman, J., Novak, M., & Stavig, C. (2009). Exercise in pregnancy. *Current Sports Medicine Reports*, 8(3), 147-153.
51. Olson, C. M. (2008). Achieving a healthy weight gain during pregnancy. *Annu. Rev. Nutr.*, 28, 411-423.